
JICA ボランティア
保健医療隊員のための

5S-カイゼン-TQM 手法導入ガイド

“できることから始めるよう！”
保健医療施設管理の強化とサービスの質の向上”

第3版
2014年2月

タンザニア国 保健人材開発強化プロジェクト
チーフアドバイザー
石島久裕



Have a same vision, think together and work together

目次

はじめに	4
第1章：5S-カイゼン手法の基本を学ぶ	6
1.1. 質の向上とは？	6
1.2. 5S-カイゼン手法の発祥	7
1.3. なぜ5S-カイゼン手法は効果的なのか？	7
5S-カイゼン手法の説明に入る前になぜこんなにもいろいろな業種、国でこの手法が使われるようになったのでしょうか。その理由として、私の経験上、もっと途上国の保健セクターで受け入れられた理由を簡単に説明します。	7
1.4. なぜ5S-カイゼン手法が必要なのか？	8
1.5. 5S-カイゼン-包括的品質管理アプローチとは？	10
1.6. 5Sとは？	11
1.7. 5S活動の実施	9
1.8. カイゼンとは？	10
1.9. 「小さな変化」から「大きな変化」へ	12
1.10. 「カイゼン」のプロセス（QCストーリーに沿っての実施）	14
1.11. 5S-カイゼン活動の成功秘訣	22
第2章：配属先で5S-カイゼン手法を導入するには？	24
2.1. 配属先を知ろう！（5S-カイゼン手法の任地への必要性を判断する）	24
2.2. みんなに「5S-カイゼン」を知ってもらおう！	24
2.3. 5S-カイゼン手法を実施する体制をつくろう！	25
2.4. 現状を知ろう！	26
2.5. 実施計画をつくろう！	28
2.6. 写真は重要	31
2.7. 研修するには？	32
2.8. 実施するには？	32
2.9. モニタリングするには？	33
2.10. 評価するには？	34
2.11. 記録しよう！	35
第3章：実施のためのツール	37
3.1. 5Sツールの紹介	37
1. 赤札 (Red Tag)	37
2. 整列/アラインメント (Alignment)	37

3.	番号付け、アルファベットコード付け(Numbering/Alphabetical cording)...	37
4.	カラーコード (Color coding).....	38
5.	ラベル付け (Labeling).....	38
6.	シンボル (Symbols).....	39
7.	X-Y 軸 (X-Y Axis).....	39
8.	定位置化(Zoning).....	40
9.	安全標識(Safety signs).....	40
10.	案内板 (Signboard/Map).....	40
11.	5S コーナー (5S Corner).....	41
3.2.	視える化 (VISUAL CONTROL).....	42
	視える化の事例.....	42
3.3.	QC 7つ道具/新 QC 7つ道具 (カイゼンツール).....	43
1.	パレート図 (Pareto chart).....	44
2.	特性要因図 (Fishbone analysis).....	44
3.	系統図 (Tree Diagram).....	45
4.	マトリックス図 (Matrix Diagram).....	45
3.3.	不要品を使って整理整頓！.....	46
	コピー用紙の箱を使った本立て.....	46
	院内の不要品を使った整理整頓の例.....	47
	5S-カイゼン手法導入の事例 —先輩隊員の経験から—.....	48
	付属資料.....	54
	付属資料 1：標準化 5S-カイゼン活動評価票.....	54
	付属資料 2：評価のポイント(英語).....	59
	付属資料 3：レーダーチャートの作成手順.....	64
	付属資料 4：カイゼン活動進捗チェックリスト例.....	1
	付属資料 5：指導者研修スケジュール例.....	2
	付属資料 6：GOOD PRACTICE SHEET の共有 (1).....	1
	付属資料 6：GOOD PRACTICE SHEET の共有 (2).....	2

はじめに

みなさんがこれから派遣される、もしくはすでに派遣されている国々の保健医療状況はいかがでしょうか？ また保健医療施設の状態はご存知ですか？

途上国の保健医療サービスは、被援助国と開発パートナーの相互協力と努力によって少しずつではありますが、妊産婦死亡率、5歳未満小児死亡率などの保健状況のカギとなる指標は良くなってきています。また、医薬品、医療機器も整いつつあります。しかし、アフリカ諸国の保健予算の配分は、2001年にアフリカ連合加盟国が誓約したアブジャ宣言（国家予算の15%を保健分野に割り当てる）には至っておらず、まだまだ保健財政は苦しい状況にあります。また、深刻な保健人材危機も解消されていないのが現状です。現場である保健医療施設の状況は、決して良いとはいえません。多くの医療施設では、資金や人材不足に悩まされ、十分な保健医療サービスが提供できない状況です。しかし、本当に資金や人材不足だけが「十分な保健医療サービスが提供できない」原因なのでしょうか？ 資金や人材が潤沢にあれば本当に適切なサービスが提供できるのでしょうか？ JICAはこの点に疑問を投げかけ、既存の資源を最大に活用して保健医療サービスの向上を図る取り組みを2007年から開始しました。

そのきっかけはスリランカにありました。内戦で打撃を受けた保健医療システム、保健医療施設やサービスを、既存のリソースを活用して、10年余りの年月をかけ、5S-カイゼン活動によって変えてきたいくつかの病院の事例をアフリカ諸国と共有しようと考え、アジア-アフリカ知識共創プログラム「きれいな病院プロジェクト」(Asia Africa Knowledge Co-creation Program: AAKCP)を立ち上げました。

このプログラムは2007年3月から開始され、第1フェーズには英語圏アフリカを中心とした8ヶ国が参加（タンザニア、ケニア、マラウイ、ウガンダ、エリトリア、マダガスカル、セネガル、ナイジェリア）しました。2009年の第2フェーズでは、仏語圏アフリカを中心として7ヶ国が参加（マリ、ブルキナファソ、コンゴ民主共和国、モロッコ、ニジェール、ブルンジ、ベニン）し、現在合計15ヶ国が日本やスリランカで5S-カイゼン手法を学び、自国にて病院サービスの向上のために5S-カイゼン活動を実施中です。そしていまガーナ、スーダン、ザンビアといった国々にも広がっています。

アジア-アフリカ知識共創プログラム「きれいな病院プロジェクト」の参加国内では、国内の保健医療施設への5S-カイゼン手法の普及がすすめられており、その普及や実施強化に協力隊員が関わっています。各国で5S活動に参加された隊員のみなさんは、すばらしい成果を生み出しています。これらの国々からの成功例は周辺諸国にも広まり、アジア-アフリカ知識共創プログラム「きれいな病院プロジェクト」に参加しなかった国々、アジア諸国からも実施に向けた支援の要請が寄せられています。このような状況を鑑み、筆者は協力隊員の方々が5S-カイゼン活動を自分の活動に取り入れたいと思ったときに、基礎の理解、実施に役立つガイドをつくりたいと考え、本書をつくりました。

近年、途上国における保健医療状況の改善のため、世界保健機構（WHO）や我が国をはじめとする

多くの保健分野を支援する開発パートナーの間で重視されている「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (UHC)」:すべての人々が可能な範囲の負担で、必要とする保健医療サービスをいつでも受けられるよう、途上国の保健財政の持続性を含めて体制の改善を図る」ですが、この実現にはおけん分野への投入増資だけではなく、ムダを省き、保健医療施設の運営管理を健全にしていくことが必要であり、5S-カイゼン-TQM 活動は UHC 実現に非常に大切なツールであると考えます。

そのような世界的な援助潮流の実現は日々の業務、作業の効率化の積み重ねです。5S-カイゼン活動は、日々の仕事を進めて行く上で出現する様々な障害、問題を解決するために非常に有効な手段です。任地に派遣されてから、配属先の職場環境を確認し、5S-カイゼン活動の必要性を感じたら、このガイドを参考にしていただけたいと思います。また、本書への建設的なご意見を隊員のみなさんから頂戴できれば、内容の向上に役立てることができしますので、遠慮なくアイデアをいただければと存じます。

2014年2月

第1章：5S-カイゼン手法の基本を学ぶ

この章の目的は、保健医療分野において言われる「質」とは何かを考え、その向上に有効な手法である5S-カイゼン手法の基本を皆さんに理解してもらうことです。

我々日本人にとっては「整理」、「整頓」は子供のころから親にうるさく言われて行ってきたことなので、状況が変わってもなんとなく理解し、実施できるのですが、文化や風習の違う途上国では、なかなか簡単なことではありません。ですから、しっかり基本を理解して、必要なときにカウンターパートや上司に「質」とはなにか、「5S-カイゼン手法」とは何かを正しく伝えられる様、この章を活用してください。

1.1. 質の向上とは？

質の向上を説明する前に「質」とは何かを知る必要があります。

「質」もしくは「品質」が我が国で重視されるようになったのは第二次世界大戦後のことです。戦後の復興の中、「ものづくり」を中心に成長戦略を敷いた日本は、工業製品の不良品を少なくして、「売れる」ものを作ることを考え、品質管理活動が実施普及してきた経緯があります。この体系化の過程で1960年代に「品質管理（Quality Control）」や1970年代には「品質保証（Quality Assurance）」と言う概念が生まれ、それらは製造業のみならず1980年代にはホテル、病院と行ったサービス業にも普及してきました。

では「質」（Quality）となんなのでしょうか。「質」（Quality）とは、「基準」（Standard）に対するパフォーマンスであり、顧客の明示または暗黙のニーズを満たす能力とされています。別の言い方をすれば、提供される製品やサービスについて、買い手側である顧客（Client）が求めるニーズとの合致度とも言えます（高い合致度＝質が高い）。

（財）日本規格協会発行 ISO9001 新旧規格の対象と解説によれば、色々な文献にて以下の様に定義されている。

- 顧客の要求に対する合致度、あるいは顧客の満足度
- 有用性(機能、心理特性など)、信頼性、安全性を示す
- 製品の有用性を定める性質又は製品の使用目的を果たすために必要な性質
- ある”もの”の明示された又は暗黙のニーズを満たす能力に関する特性の全体
- 製品又はサービスが使用目的を満たしているかどうかを決定するための評価の対象となる固有の性質・性能の全体

例えば、色々なメーカーがコンピュータをつくっていますが、すべての人々が同じメーカーのある機種だけを購入しません。購入する側にとって、色やデザインを気にする人もいれば、仕様を重視する人もいます。当然、価格で決める人もいるでしょう。このような十人十色のニーズをメーカー側は調査し、「売れるもの」をつくる、オプションを付ける、などで様々な顧客のニーズに対応

しようと努力します。ある程度の期間が経つとモデルチェンジをすることはご存知でしょう。これは顧客ニーズも変化するからです。このような顧客のニーズを重視することが、製品やサービスの「質」を向上させることです。

では病院や保健医療施設ではどうでしょう？ 病院や保健医療施設では、様々な医療サービスを患者や地域住民(=顧客)に提供しています。病院や保健医療施設を訪れる地域住民は、「待ち時間を短くしてほしい」、「痛みや苦しみを早く取り除いてほしい」、「医師や看護師に優しく接してもらいたい」、「清潔な場所で治療を受けたい」などひとりひとり様々です。このような要望を病院や保健医療施設の管理者、勤務者は常に気にかけることで医療サービスをカイゼンしていく必要があります。

もう一つ大切なことは、顧客には外部（サービス利用者）と内部（組織内の従業員や職員）がいることを認識しなければなりません。なぜでしょうか？ 前述のとおり、患者や地域住民は病院や保健医療施設の外部顧客と位置付けられ、医師や看護師、薬剤師などスタッフは内部顧客と位置付けられます。外部顧客ばかり気にして、内部顧客のニーズ（給与や休暇、仕事量などに関する要望）を無視していると、労働意欲の喪失など、生産性の低下につながります。それでは外部顧客へのサービスどころではありません。ですから、保健医療施設の管理者は外部顧客と内部顧客の両方のニーズや期待に答えていく必要があります。

1.2. 5S-カイゼン手法の発祥

5S活動の起源については、実に様々な説があります。5Sは日本の製造系企業から必然的に生まれてきた概念であり、もともとは整理・整頓の2つの「S」から職場環境を整えることであったとの説があり、はじめは1950年代後半から1960年代半ばとするものが多いです。「5S」という言葉が一般的になったのは1980年代であり、トヨタ自動車の経営手法であるToyota Production System(TPS)が注目される様になった際にTPSの基本に「5S活動」が置かれていたことがきっかけとなっています。カイゼンは、1951年にトヨタ自動車が創設時にベンチマークとして置いた米国フォードの工場にて実践されていた質向上活動を真似て「創意くふう提案制度」を導入したことが始まりとされています。

1.3. なぜ5S-カイゼン手法は効果的なのか？

5S-カイゼン手法の説明に入る前になぜこんなにもいろいろな業種、国でこの手法が使われるようになったのでしょうか。その理由として、私の経験上、もっと途上国の保健セクターで受け入れられた理由を簡単に説明します。

米国の心理学者、Maurer¹によれば、脳の発達がヒトの行動に大きく影響しているとしています。ヒトの脳は、500万年かけて成長し続けており、500万年前には爬虫類脳（反射脳：reptile brain）が作られ、格闘もしくは逃避、基礎機能などを司る場所として脳の解剖学的には脳幹と呼ばれる場所です。次に300万年前頃から哺乳類に共通して見られる哺乳類原脳(情報脳：mammalian brain)が発達し、感情、記憶、習慣司る場所として脳の解剖学的には大脳辺縁系と呼

¹ Robert Maure, One Small Step Can Change Your Life, P21~34

ばれる場所です。最後に、100 万年前ころから新哺乳類脳(理性脳：Neo cortex)が発達し、思考、知覚、理由付け、創造性などヒトとして重要な役割を果す場所として、脳の解剖学的には大脳新皮質と呼ばれる場所です。

太古の時代、ヒトは常に多くの危険と隣り合わせであり、猛獣などから自分の生命を守る必要がありました。例えば、草原でライオンが襲ってきた際、ヒトは生命の危機を感じると、脳幹部分にある扁桃体は、大脳新皮質への回路を遮断し、意識を抑制し、生命維持のために全力疾走で逃避するか、大きな石や棒をもって闘争するという行動をとる様になっています。



図1：脳内の思考遮断による本能的行動のメカニズム

このような危機回避行動は、現代においても通じる人間の生命維持のための反応であると説明しています。爆弾や火事があれば、どうするか色々考える前に、その場から避難する行動と同じです。また、身の危険を感じないまでも、新たな業務や大量の業務に追われて感じる「現代的ストレス」、急激な変革への「心配」や「不安」においても、扁桃体はそれらを「脅威」、「危機」と感じ、そのストレスの基となるものを拒絶する行動を取ろうとします。

Maurer は、ヒトの本能的な逃避行動を司る扁桃体に「恐怖」、「危機」が感じられるメカニズムが解明されており、その思考遮断のメカニズムを働かさなければ、ヒトは思考し、創造性を発揮することができるとしています。ヒトは大きな課題を目の前にして、解決できないと感じ、その問題の解決を諦めますが、解決できそうな小さな問題であれば、その解決に動き出します。カイゼン活動は小さな問題を解決していくこと、小さな変化の積み重ねであり、革新的な変革のように恐怖心を抱かせないために上手いため、人々に受け入れられるとしています。

1.4. なぜ5S-カイゼン手法が必要なのか？

では、本題にもどりましょう。まず、5S-カイゼン手法を説明する前に、みなさんに質問です。下の二つの写真を見比べてください。そして写真の下の3つの設問に答えてみてください。



質問1：どちらのお店で買い物したいですか？

質問2：お客さまにとってのメリット・デメリットは？

質問3：経営者にとってのメリット・デメリットは？

大半のひとは右のお店を選ぶでしょう。その理由としては右のお店では顧客側からすれば、「自分の好きな形や色が選びやすい」、「自分のサイズをさがしやすい」、などが挙げられるでしょう。また、経営者側からすれば、「在庫管理しやすい」、「お客様のニーズに答え易い」、などとなるのではないのでしょうか。一方、左のお店では全く逆で、顧客側からすれば「自分のほしいものが見つからない」とイライラする、見つかっても「サイズが合わない」、などとなるでしょう。

経営者側にはデメリットが多く、「何が売れたかわからない」、「客が来ない」などとなり、これではムダばかりで、なんのためにお店を開いているかわかりません。左のお店の店主は、色々しい仕入れし、在庫を多く抱えて店を閉めることもできません。これが5S-カイゼンを実施する基本です。業務上の無駄を省き、効率化を進めるとともに、顧客が満足のいくサービスを提供することです。

あなたの職場はどうですか？外来や母子保健クリニック、病棟など配属部署はちがうかもしれませんが、基本は同じです。必要な医薬品、器具が使いたいときにすぐに手の届くところにありますか？たとえば5ccの注射器が必要なのに2ccや10ccなど他の容量のものと混じっていて探すのに苦労したりしていませんか？

ある先進国での幾つかの企業で調査した結果、多くの人が職場で「モノを探す」、「探しているモノの場所を尋ねる」という行為に多く時間を割いており、ひどい場合には1日の労働時間が8時間のうち、3時間もの時間を「モノを探す」、「誰かに置き場所を聞く」、などに費やしているケースが見られた、と報告しています。この「モノを探す」という行為が減れば、無駄な動きもへり、生産性も上がるであろうと提言しています。ではこれが途上国であったとしたら、職場の状況からして「モノを探す」と言う行為に費やしている時間は、遥かに長いのではないのでしょうか？

途上国の病院、特に地方の病院に見られる例では、大量に寄贈された機械や医薬品が部品不備や期限切れによって放置されていたり、「次にいつ入手できるかわからない」と言う理由から、根拠の無い、過剰な医薬品調達申請を行ったりすることで多くの医薬品、機材、消耗品が倉庫に山積みになっている光景をよく目にします。また病棟や各部署でも過剰な医薬品、機材を整理・整頓せずに棚や引き出しにしまっているケースもよく見られます。

そんな状況を改善したいと感じたら、答えはひとつですね。左の状況を右のようにする利点は多いはず。とりあえずは5S活動から始めてみましょう。



5S を実施していない病院



5S を実施している病院

写真1：5S 実施と未実施の差

1.5. 5S-カイゼン-包括的品質管理アプローチとは？

「5S-カイゼン-包括的品質管理アプローチ」と日本語で書くと少しわかりにくいと思います。英語では5S-KAIZEN (Continuous Quality Improvement) -Total Quality Managementと訳され、5S-KAIZEN-TQM approachesと標記します。

もともと、この3つの手法(5S活動、カイゼン活動、包括的品質管理)とその概念は別々に広がり、各々が独立した定義をもってそれぞれに色々なセクターで活用されてきました。また、製造業などでは5S活動はカイゼン活動の一部であるとの考え方もあります。しかし、各々の理想とする型を達成するためには、なんらかの下地や支えが必要であり、この3つの手法が段階的に継続して実施されることにより、3つの手法の効果が相互に補完し、サービスの質の向上が見られるということが提唱されました。

具体的には右の図の様に5S活動は質向上プログラムの根元となる非常に重要な活動です。5S活動実施により、職場の環境を向上させることができますが、5S活動を実施していくには、働く者のポジティブな思考や態度が根元を成長させるのに非常に重要な「肥料」となります。5S活動により、医療サービスを適切に提供する基礎が作られます。そこで、医療サービスの内容を向上させ、患者へのニーズに応えるためのカイゼン活動が実施され、保健医療サービスの質は段階的に向上していきます。

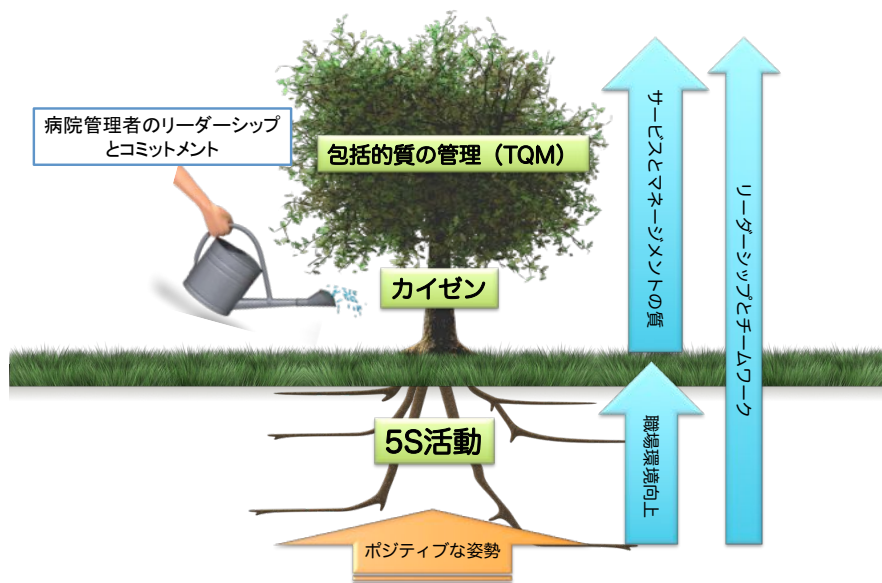


図2：5S-KAIZEN-TQM の概念（1）

最終的には保健医療施設で行われるすべての業務（財務、人事など総務も含め）に関して、それらの過程に質の向上を目指すことが包括的保健医療サービス品質管理となります。この基本的な考え方をみなさんにまず理解していただくことが大切です。次のページから説明する5S活動は時間と根気を必要とするものであり、時間が立つにつれ「なぜ5Sをしなければいけないのか」、「大変な作業だ」と立ち止まってしまうことがあるかもしれません。その時、5S活動はその次にあるカイゼン活動＝保健サービスの向上に欠かせないものであることを再認識してください。

問題解決プロセスであるカイゼン活動は、問題が顕在化していればしているほどやり易いものです。問題を顕在化するには、5S活動が必要であり、有効な方法です。ですから5S活動を単なる職場の美化運動と捉えず、継続していくことがカイゼン活動、TQM活動とつながっていき、最終的には保健医療施設の経営管理が強化されていくのです。



図3：5S-KAIZEN-TQM の概念（2）

1.6. 5Sとは？

さて、「5S」とはなんでしょう？ 「5S」とは下の表にある5つの日本語をローマ字表記したとき、すべての文字の頭文字が「S」となり、5つあるから「5S」と呼んでいます。職場環境を管理する上で、徹底して行われるべき行動や状態を、順を追って表現した言葉の総称です。簡単にいえば職場環境、業務内容の向上のためのツールといえるでしょう。具体的には、作業行程にある「ムリ」、「ムラ」、「ムダ」を低減し、業務の円滑化、効率化を目的とした職場・現場の管理方法であり、強いていえば「当たり前のことを当たり前にする習慣づくり」となるでしょう。職場や現場には様々な問題が潜んでいます。それらの問題点の顕在化、「見える化」を促進し、問題への対処をすばやく行うことで時間やお金を掛けずに職場環境を向上させていくことができます。ではひとつひとつの「S」

がなにを意味するか見ていきましょう。

表1：各Sの呼称とその意味

	日本語	英語	意味
S1	SEIRI (整理)	SORT	<ul style="list-style-type: none"> ・ 業務に不必要なものを職場から排除することに集中 ・ 常に業務に必要なものだけを職場に残す ・ たまに使用するものは倉庫に保管
S2	SEITON (整頓)	SET	<ul style="list-style-type: none"> ・ 整理後、業務に必要なものを、作業工程を考慮しながら配置する。 ・ 必要なモノや情報を見つけやすくする ・ モノや情報を間違いなく利用・活用しやすいようにする ・ 利用後、正しく戻しやすいようにする この3つが揃って生産性が向上。 ・ 決められたものを、決められた場所に置き、いつでも取り出せる状態 ・ ラベルやテープなど利用し、配置するもの、場所を明確にする。
S3	SEISOU (清掃)	SHINE	<ul style="list-style-type: none"> ・ 床や窓、壁だけでなく、作業につかう道具、機器も清掃、保守管理すること。 ・ 常に使える状態を保つことが大切 ・ 全員参加で清掃 ・ 清掃用具も適切に保管
S4	SEIKETSU (清潔)	STANDARDIZE	<ul style="list-style-type: none"> ・ S1からS3までを維持するメカニズムを構築 ・ 標準作業書やマニュアルを作成し、全従業員が同レベルで作業できる環境づくり ・ サインボードや色を使って簡単に理解できるようにする。
S5	SHITSUKE (躰)	SUSTAIN	<ul style="list-style-type: none"> ・ 決められたルール・手順を正しく守る習慣をつけること ・ S1からS4を維持する環境づくり ・ 定期的な研修やポスター掲示、現場での指導により、組織全体が5Sを実施する体制を整える。

S1からS3までを基本として活動を開始し、S4で維持していくためのメカニズムを構築していきます。S5ではS1からS4の活動を組織内で働く全員で実施していくよう習慣化していきます。これにより、その組織の職場環境は向上し、仕事がしやすい環境を生み出していくことになります。この状況が常に作り出されるようになれば、自分たちの仕事やサービス、製品の質の向上を目指す準備が整ったということです。

では、実際にどうすればいいのでしょうか？ 職場、現場には機械やオフィス家具、道具箱、本やファイルなどがたくさんあります。これらを「整理」、「整頓」、「清掃」することから始まります。



では5S活動をひとつずつ説明していきましょう。

整理(S1)

英語では“SORT”と訳されます。「整理」では、職場にある医薬品や器具、資機材などの物品を3つに分類することから始まります。その分類とは以下のようになります。

- ①. 現在の作業行程でまったく使っていないもの (不必要なもの)
- ②. ときおり作業、業務に使うもの (時々使うもの)
- ③. 常に作業、業務に使うもの (必要なもの)

S1 (整理)では、分類①の「現在の作業行程でまったく使っていないもの」を職場、現場から取り除きます。分類①のモノはさらに修理可能なもの、廃棄するものに分けます。

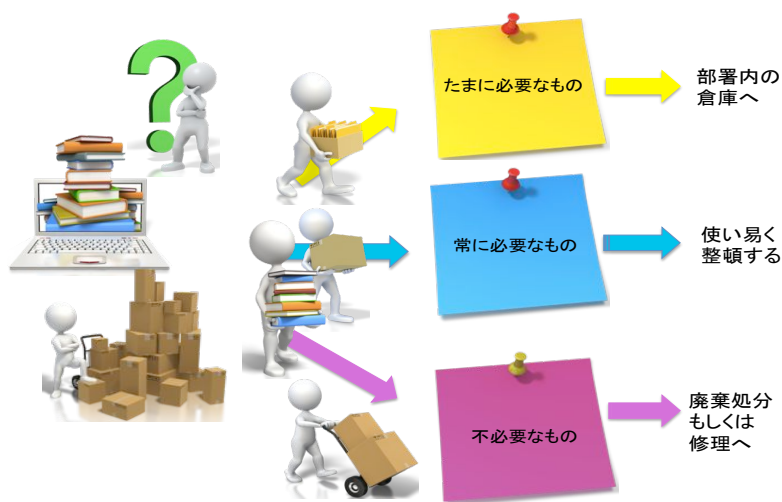


図4：整理方法

この際、「どんなものが」、「いくつ」、「どのようにして」、「いつ」処分されたか、もしくは修理行程に移動されたかを記録し、整理のインベントリーを作っておきましょう。また、職場内に「不要品倉庫」をつくり、一時的に保管（モノごとに分類してちゃんと保管しましょう）し、売却や譲渡が簡単にできるようにしておくのも大切なことです。

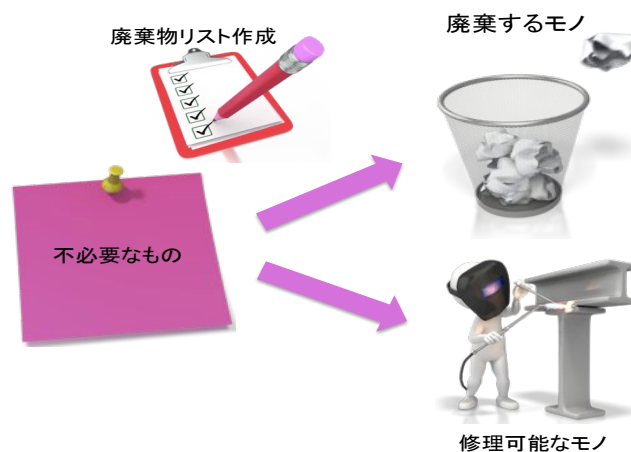


図5：整理方法の詳細

分類②の「ときおり作業、業務に使うもの」については、必要なときにすぐ使えるよう、整備、清掃してから職場の倉庫や棚に終います。当然、最後に職場・現場に残るのは、分類③の「常に作業、業務に使うもの」だけのはずですが。この常に必要なものを更に使いやすく並べる、取り易く工夫するのがS2 (整頓)です。

整頓(S2)

S2 (整頓) では、現在の仕事の過程において常に必要なものを、更に使いやすいようにアレンジします。アレンジの際には、以下の点に配慮して「整頓」を行います。

- ① 仕事の流れ (Workflow)を考える。いわゆる“動線”と言われるものです。
- ② すぐに見つけられる、すぐに取り出せる、すぐに戻せる、ことに配慮します。
- ③ 職場の全員に分かるようように同意をもって保管場所や設置場所を決めます。
- ④ テープやラベルを使って、ものとそのものの“定位置”を明確にします。
- ⑤ 細々としたものは、空き箱や容器などを利用してまとめる。



写真2：整理、整頓、清掃の過程 (ムベヤ病院医事課)

下のひだりの写真は、タンザニアの国立病院の病棟のナースステーションです。この病院では、ルールとして、看護師はまず指示を確認し、投薬の時間などの情報を確認し、記録して、薬をもって患者のところへ行きます。ですから、黄線のような動線が引かれ、ワゴン上も必要な治療薬や機材が整理・整頓されています。動線の長さを短くする事で職員が動き回る範囲も狭まり、



写真3：動線を考慮した整理、整頓 (ムベヤ病院病棟ナースステーション)

ちなみにワゴンの上の黄色い容器は購入したものではなく、倉庫の整理をしていたら出てきた物です。このような容器がない場合には適当なサイズの空き箱や薬の空き容器を使って整頓しましょう。

「ものを探すのに時間がかかる」というのは、時間の“ムダ”であり、余分な労力を使うこととなります。医療施設の場合、人命を救うために一分一秒を争うことがあるのはみなさんもお存知でしょう。ですから整理・整頓が如何に大切なことがわかつてと思います。

トヨタ自動車の元社長である大野耐一氏によれば以下の7つの「ムダ」は付加価値を生まないものだと、それらを取り除く工夫を行い、生産性を高める事に努めたとされています。医療現場では、特に3、4、5、6の「ムダ」が多く存在するのではないのでしょうか。

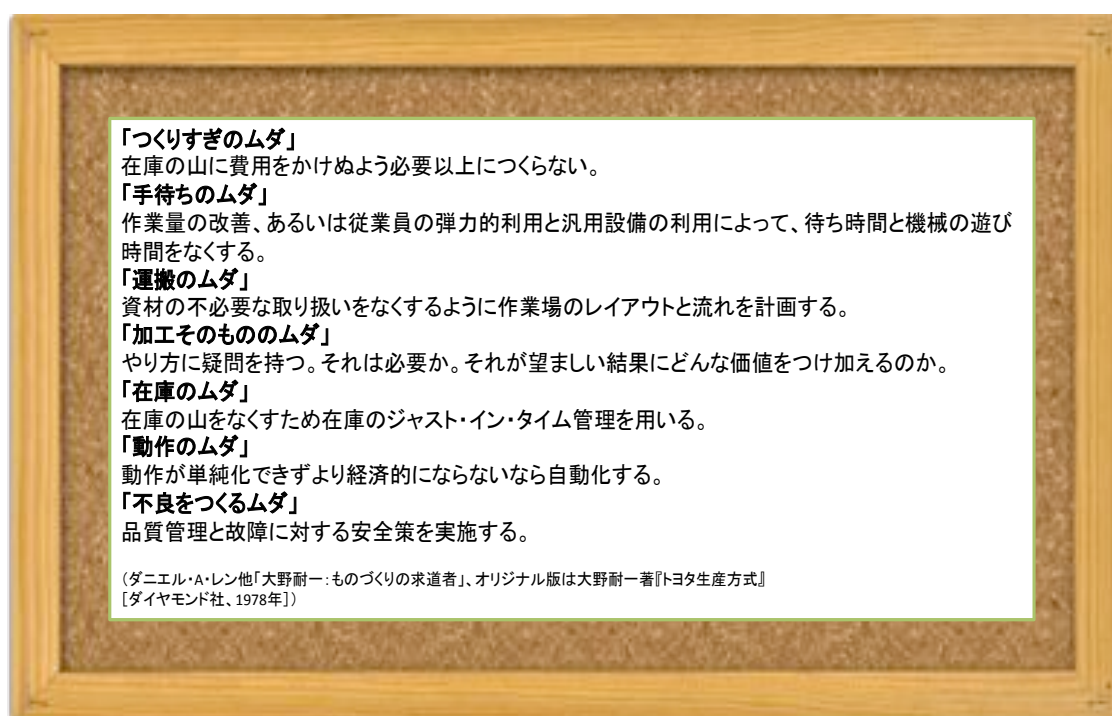


図6：7つのムダ

清掃(S3)

S3（清掃）では、職場、現場(病棟、診察室、検査室など)の床や窓、机、作業台、トイレなど掃除を徹底するとともに、サービスを提供するに必要な器具や機材、機器を保守・清掃し、いつでも使える状態にしておきます。また、清掃道具の状態を良く保つために、清掃道具の保管方法にも気を使いましょう。また清掃に漏れが無いよう、「誰が、どこを、いつ清掃するか(したか)」を明確したリストやマップの作成をするとより、さらに「清掃」しやすくなるでしょう。

途上国でしばしば見られる例として、清掃業務を院外の業者に委託しているケースが見られます。病院において5S活動を進めようとする「清掃は私たちの業務ではない」、「業務委託しているのになぜそうじしなければいけないのか」などの反発があったりしますが、その際には、業者の請負清掃区域を確認して、全員参加で「清掃」する重要性を説明する、と同時に、「清掃」には機材の保守管理も含まれていることを理解してもらいましょう。

また、途上国では、国家レベルでの院内感染対策(infection prevention and control : IPC)プログラムを実施している国も多く、「清掃」はこのIPCの普及や実施にも役立ちますので、院内で協調して行っていくことで質向上に関係する活動にかかる時間や人材を削減できるでしょう。



不適切な清掃用具の保管



清掃用具の適切な保管例

写真4：清掃道具の保管例

清潔(S4)

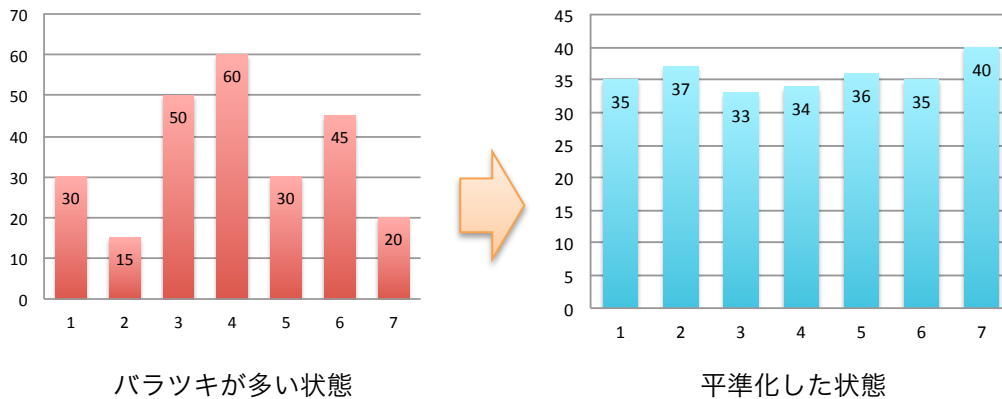
保健医療関係者の間で「清潔」聞くと、どうしても「衛生的であること」と考えがちですが、5S活動におけるS4（清潔）とは、S1からS3の活動を徹底し、維持することを目指します。「整理を維持する仕組み」、「整頓を維持する仕組み」、「清掃を維持する仕組み」を考える、ということです。国語辞典では、人柄や行いが清らかで、うそやごまかしなどが無い、ことになっています。上記の様な仕組みを考え、行動に移すには、身なりや心の「清潔さ」も必要なのかもしれませんが、昔、「服装の乱れは心の乱れであり、心が乱れると行動も乱れる」と教わった記憶はありませんか？

では、実際に同のようにして保健医療施設でのS4がおこなわれているのでしょうか？施設レベルでは、カラーコードやサインボードを使った「整理」、「整頓」の標準化は、誰にでも解りやすくすることでみんなが決められたスケールや意味、ルールを守ることを促進します。

道路の信号がいい例でしょう。車を運転するひとはもとより、しないひとも「赤」は危険・止まれ、「黄色」は注意、「青」は安全・進め、と分かっています。道路標識もそれぞれの意味は運転免許をもってのひとなら大体理解しています。このように病院内でもルールを決め、職員や施設利用者に周知すればいいのです。また、技術面での「清潔」では、標準作業書(Standard Operation Procedures : SOP)の作成を行ない、「だれがやっても同じになる」平準化状態をつくり出したりしています。

ちなみに平準化とは標準化をととも生産性を向上させるために非常に重要な取り組みです。例えばある部署が1週間で生産する件数が250件であったとします。ただし、日々の生産量には決まりはなく、月曜日は30件、火曜日は15件、水曜日は50件とバラツキが多い状況であったとします。その場合、職員の労働時間と労力もバラツキがあるということで、生産性は低い状況であると言えます。そこで平準化することにより、日々の目標生産量を35~36件に設定し、その目標値に近くなる様、作業効率を考え、人員配置、部品共有などを合わせて行く事でバラツキが抑えることができます。これを病院の質管理の置き換えてみましょう。病院では特に外来や検査などその日の患者数に大きく影響します。せっかく来た患者さんを追い返すことはできません。その場合、自分達の職場の業務処理能力が分かっているならば、一日あたりの対処可能な患者数に置き換え、診察の

予約システムなどを活用することで平準化が可能となります。



S1 から S3 維持のための標準作業書や規則をつくり、職員全員に“見える形”で周知することが必要です。要は、不要なものが発生する原因、必要なものが乱れる原因や間違える原因、汚れや傷みが発生する原因を突き止め、再発を防止することが「清潔」です。



写真5：カラーコーディングされた病院の廃棄物集積、処理場（マラウイ国、ドーワ県病院）

躡(S5)

S5（躡）では、「人がきちんと決まりを守るようよい習慣を身につけさせること」を目指します。「習熟化」→「習慣化」→「習性化」のプロセスを踏むことが「躡」といえるでしょう。

5S活動を職場の「文化」とすることが継続の秘訣です。「文化」とすることは容易ではありません。特に勤続年数の職員などは「10年以上もこのやり方でやってきた」、「他のみんなは反対していない。なぜ変えなければいけないのか？」などと自分たちの「やり方」を肯定しようとするでしょう。変える、もしくは変わる事への拒否反応です。それは現場だけではなく、マネジメントからも出てくるかもしれません。しかしここでは「変化無しに成長無し」、「長くやっているからそれが正しいと限らない」ことへの理解を促し、ともに考えて成長していく「文化」「社風」を作っていく事が「躡」のカギでしょう。病院職員自らのやる気や現場での自主性を大切にすることも必要ですが、一方で「業務遂行に必要な要件」と組織的に行う事も時には必要です。では実際にどうすれば

いいのでしょう。途上国での経験から、当初は“TOP to BOTTOM”で習慣化を進める必要があるでしょう。タンザニアの例では、以下の活動を「躰」のために実施しています。

1. ポスターの掲示

ポスターの作成については、印刷会社にたのむような大掛かりなものでもなく、メッセージがただしく伝われば、白黒、A4用紙に印刷、コピーするだけでもよいでしょう。要は中身です。医療施設で働くひと達へ5S-カイゼンがなにか、とすることをいつも思い出させるような内容にすればよいでしょう。

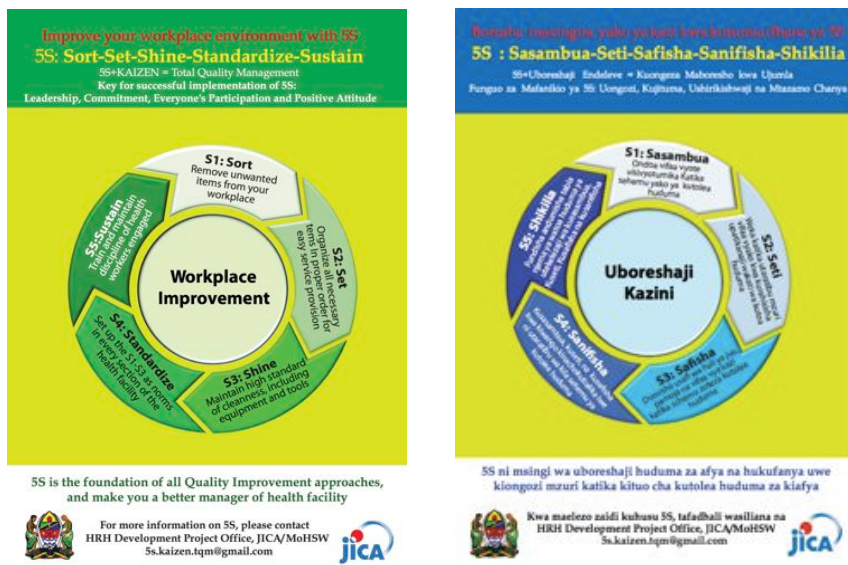


写真 6 : 5S 啓蒙活動ポスターの例(タンザニア)

2. 院内の5S コーナーの設置

5S コーナーもポスター同様に5S-カイゼンとはなにか、とすることをいつも思い出させるような掲示内容にすることが大切です。また、色を使ったゴミの分別方法など、病院で決められた規則・ルール、評価結果、写真などを掲示することで、リマインドや競争心をかき立てる効果があります。



写真 7 : 5S コーナーの例

3. 院内報告会

多くの病院では朝礼や定例の勉強会をつかって、各部署での5S活動の進捗活動を報告したりしています。これは定期的に自分の活動を報告することで、活動を維持させる必要性がでてくること、ひとからどのように思われるか気にすることで活動を維持しようとする心理を上手くつかうことで「習慣化」を促進します。

4. 巡回指導

巡回指導にもレベルがあります。病院管理チームや Quality Improvement Team などが5S-カイゼン活動を実施している部署を廻って指導するもの、県や州の保健局から病院に対して5S-カイゼン活動のモニタリングや評価と技術指導するもの、中央保健省から病院に対して5S-カイゼン活動の評価と技術指導するもの、など大きく分けて3つのレベルがあります。それぞれ実施頻度は異なります。院内での巡回指導は週1回ペース、県や州の保健局から病院に対して行うものは四半期ごと、中央保健省から病院に対して行うものは半年に1回のペースが妥当な回数と言えるでしょう。この際、付属資料1のような標準化したモニタリング・評価ツールを使用することをお勧めします。



これも報告会と同じで、ひとからどのように思われているか、自分の活動がどう評価されるか、を気にすることで活動を維持しようとする心理を使って「習慣化」を促進します。

5. 5S-カイゼン活動進捗報告会議

タンザニアの例では、中央保健省が主催し、6ヵ月毎に一度、5S-カイゼン活動進捗報告会議を開催しています。この会議では、5S-カイゼン活動を実施しているすべての病院に参加してもらい、病院の質改善活動の実施体制や過去6ヶ月間に各病院で実施された個々の活動ならびに院内評価（内部評価）結果を他の病院からの参加者に対して発表してもらいます。この会議に参加することにより、他の参加病院のグッドプラクティスを学べること、同じような問題に直面した病院の解決方法などを学ぶ事が出来ます。また、ファシリテーターからのアドバイスも受けられるため、相互に知識・技術を向上させる事ができるという利点があります。



写真8：5S-カイゼン進捗会議の様子

6. 認定(Recognition)と競争(Competition)

多くの途上国では、人材危機のために職員の数は非常に少なく皆、日々の業務をこなす事に精一杯です。そのような状況を打破して、効率化を進められる5S活動も彼らにとっては重荷になることがあり、実施していく意欲を失いがちです。ですから、5S-カイゼン活動を楽しみながら、時には競いながら継続して行ける仕組みが必要です。

英語では”Recognition”と”Competition”となりますが、最初の”認定”が非常に重要になってきます。認定制度の良い例としては、空手の昇級／昇段の認定ではないでしょうか。帯の色が白帯—オレンジ帯—青帯—黄帯—緑帯—茶帯—黒帯と上がっていくのを見た事はありませんか？ 定められた基準に達すると認定試験を受けて合格すれば昇級となります。この認定の仕組みを5S活動の実施に合わせて導入してみたいかと思いますが、例えば5S評価表の平均点数が40点以上50点未満だとオレンジ、50点以上60点未満だと青、と行った具合です。

このように認定を受けた部署は5Sコーナーなどで職員に周知されるようにしていくと「認められる」、「実力が向上している」という気持ちが5S-カイゼン活動の継続に励みなるのではないのでしょうか。

このように認定が進んでくると、「他部署に負けたくない」、「さらにいい状況を作りたい」という気持ちが出てくるはずで、その時に「競争」の仕組みを取り入れてはいかがでしょうか？ 「5S大会」や「カイゼン大会」などと銘打ち、施設の現状に合わせてコンペティションを行うと「次は是非上位に」と次の年に向けての実施意欲も出てきますので、5S-カイゼン手法の導入の際には認定と競争の仕組みを検討してみてください。

余談ですが、途上国の保健医療施設で実施される5S-カイゼン活動の場合、既存のモニタリングや監査のチェック項目のなかに5S-カイゼンのチェック項目を入れ込み、モニタリング・評価をすることで「監視されている」という心理的プレッシャーを与えて「習慣化」を促進している国もあります。

1.7. 5S 活動の実施

みなさん、5S 活動とはなにか、なにをすべきなのか、なんの目的で行うか理解できましたでしょうか？ ではどのように5S 活動を実施していくのでしょうか？ 現場での実施については第2章にて詳しく説明しますが、ここでは一般的な5S 活動の進め方について説明します。すべてこのとおりに実施する必要はありませんが、タンザニアやウガンダでの普及の経験から、下記ような実施過程のモデルをつくりました。

実施過程に入る前にまずは各「S」の関係を理解してください。各「S」の関係は右の図のようになっています。S1(整理)、S2(整頓)、S3(清掃)を実施し、それをS4(清潔)にてシステム化し、S5(躰)でS1からS4までを習慣化します。慌てず、しっかりと質向上のための土台を作り上げていくためには、この段階と各「S」の関係を理解することが大切です。

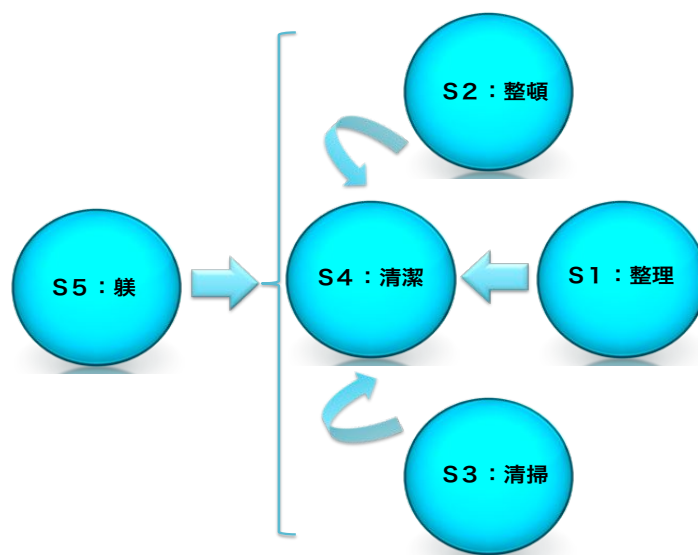


図6：5S 実施概念図

5S 活動を行っていく上で全員参加が基本となります。病院内では医師、看護師、薬剤師、検査技師、ヘルパーなど様々な職種のひとが働いており、業務量も内容も異なります。しかし、ひとの職場を維持改善していくのではなく、自分の職場を維持改善していくことが5S-カイゼン活動です。

ですから自分の机、本棚や部署内共有のスペース、サービスを提供するために必要な機材などが対象です。部署内で勤務するすべての職員が5S 活動に参加するよう促しましょう。

一方、病院運営を管理するレベルの人たちはこれらの運動を支援する姿勢、体制をつくっていく必要があります。ですから質向上チーム；Quality Improvement Team (QIT)等を院内に設置し、責任をもってサービスの質向上、マネジメントの向上を目的に5S-カイゼン活動を行うよう、組織を作り上げていきます。また、部署レベルへの責任と権限委譲を行い、部署レベルである程度、部署に起っている問題を迅速に解決できるよう、職務内容向上チーム: Work Improvement Team (WIT) - 日本ではQC サークルと言われています - を編成し、組織全体で取り組む必要があります。

1.9 で後述しますが実施する上でいくつか成功の秘訣があります。それらも考慮した上でこの実施過程はつくられていますので、まずはこの方法に従って実施してみてください。その上で不都合やさらに効果的方法があればどんどん取り入れていただいても構いません。要は急激な普及は避け、手本となる部署をつくることで5S活動への理解を深めることが失敗しない秘訣です。

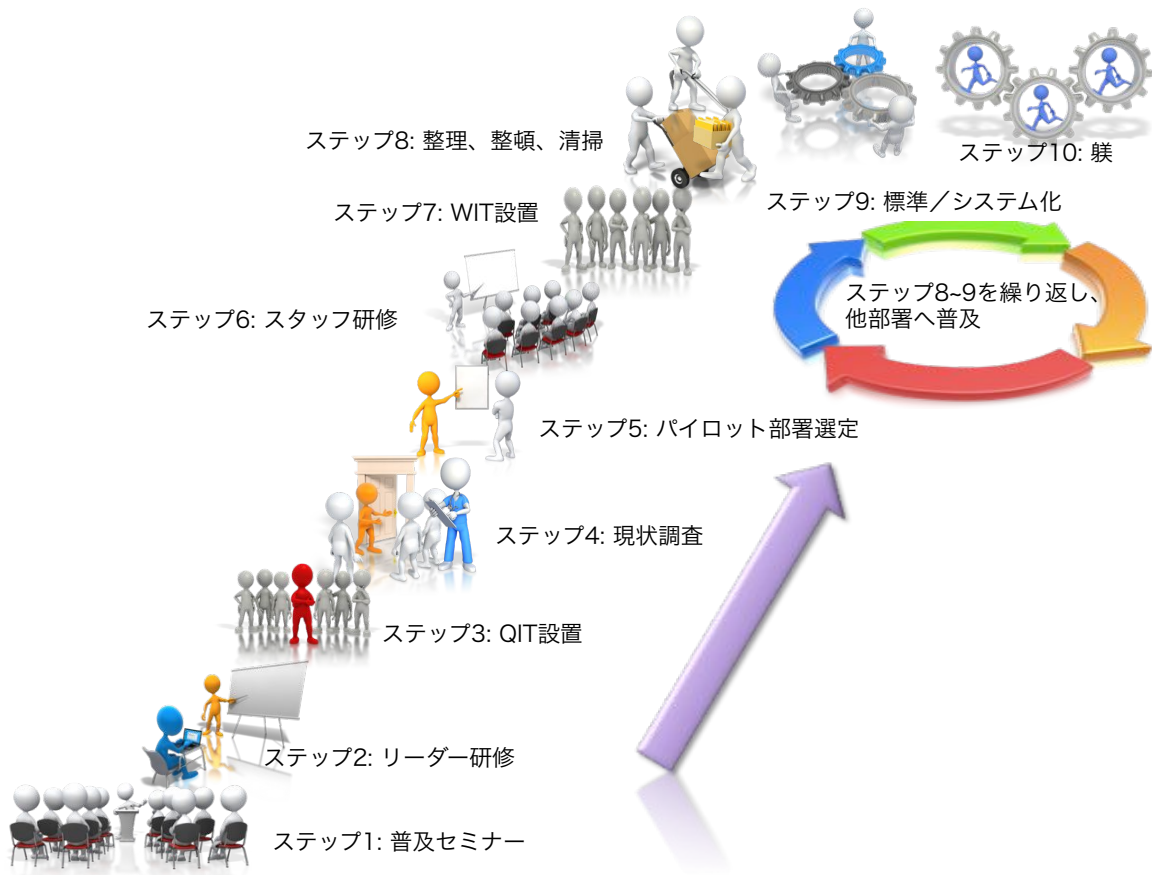


図7：5S活動実施プロセス

1.8. カイゼンとは？

生産性の向上、質の向上を目的とした問題解決のためのプロセスとされています。作業者が中心となって作業効率やサービス/製品の質の向上や安全性の確保などに努力する活動とも言えるでしょう。カイゼンの目標は、作業者が日々行っている作業、業務内容のカイゼンにより、顧客のニーズ、期待への合致度を高めることが最終目標です。

「改善」や「改革」と言った言葉を聞くと大抵のひとたちは「大掛かりなことをしなければいけないのでは?」「大変なことをしなければいけない」と思うのではないのでしょうか。しかし「カイゼン」は決して「大変」なことではありません。

日本 HR 協会の東澤文二氏の本には、「大変」とは“大きく変わるもしくは変える“と書きますが、「カイゼン」とは「段階的に少しずつ変えていく」ことであり、言わば「小変」である、とあります。

「一気に大きく仕事を変えなければならない」とは考えずに、できるところから少しずつ変えていく、と言うように考えてはいかがでしょう。この「小さな変化=改善」の積み重ねがいずれは大きな変化となるのです。しかし、「カイゼンは大変なことだ」と思い込んできたひとたちを言葉だけで説明するだけでは納得してもらえません。そこで簡単な例を見せてみるのはいかがでしょうか。

写真 9 はスリランカのとある県病院で撮影されたものです。このアイデアは病院の庭師から出されたものを病院管理者が採用しました。以前、この庭師は病院全体の花や木の水やりに重たく、長いホースを持ち運び、引っぱり、長い時間をかけて水をやっていました。しかし、空になった点滴容器とラインをリサイクルし（当然、針はついていません）、そこに水を入れて植木や花壇にさし、少しずつ水を落としていくだけで必要な量の水やりができるようになりました。これにより、庭師の仕事量は低減し、水の使用量も減り、空いた時間にほかの作業もできるようになりました。これだけのことで労働負担とコスト削減、生産性の向上を成し遂げたのです。病院にとっても、発案者の庭師にとっても良いことばかりです。



写真9：小さな改善事例（スリランカ、県病レベルでの活動）

カイゼンの糸口は「仕事のやり方」を分析することです。間違いや失敗が多いとき、上司に「なぜ間違えたのか」、「なぜ失敗したのか」、と追求され、多くのひとは「忙しかった」とか「慌てていて」とか「人手不足」などと回答するでしょう。しかしカイゼン指向のない場合、その対策は「原因の裏返し」なので「慌てるな」と「急ぐな」、「間違えるな!」となるでしょう。それではなんの解決になりません。ところが、このような状況を生み出す「仕事のやり方」に問題はないか、「なぜそのような問題がおこるのか」と着目することで状況のカイゼンへの糸口が見つかります。原因をさぐり、根本から原因に対処することが重要です。

1.9. 「小さな変化」から「大きな変化」へ

(「簡単なカイゼン」から「裨益効果の高いカイゼン」へ)

このような小さな「カイゼン」を繰り返し行っていくと、大きな問題、時間やお金の係る問題が見えてきます。それらの「カイゼン」については、すこし高度なツールや統計処理の方法を学ぶ必要があります。そこで基本的な考えとして「PDCA サイクル」を使って問題を考え、処理する必要があります。「PDCA サイクル」とは、PLAN(計画) – DO(実施)– CHECK(点検・評価) – ACT(見直し)の頭文字をとったものです。このサイクルに基づいて、カイゼンの行程を進めていきます。

「カイゼン」プロセスを踏んで問題を解決していく、状況をカイゼンしていくには、職場の参加が不可欠です。第2章にて後述しますが、実施の中心は部署や病棟に設置される職場カイゼンチーム(Workplace Improvement Team)が行います。前述したとおり、「すこし大変」な作業過程がありますので、みんなで協力し、カイゼンを進めて行く必要があります。

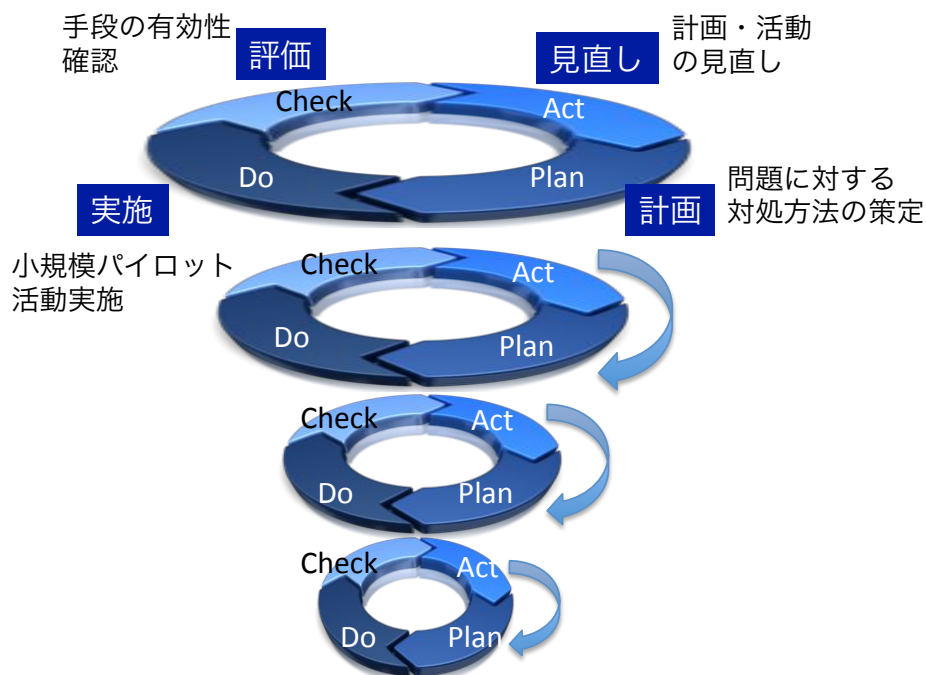


図8：PDCA サイクル

では実際にどのように「カイゼン」プロセスが進められて行くか見ていきましょう。まず、問題とは「あるべき姿(目標)といまの姿(現状)のギャップ」であることを理解してください。その上で問題解決の手順を説明します。この手順は一般的にQCストーリーと呼ばれています。QCストーリーは、8つの手順からなります。

QCストーリーの8つの手順は一步一步着実に段階を踏んでいく必要があります。手順1ではまずカイゼンに取り組むテーマを決定します。手順2では決められたテーマの現状を把握します。手順3の目標設定では、現状からどれだけカイゼンするか、目標を決めます。手順4の要因の解析とは、「問題」を引き起こしている原因(真因)を追求します。

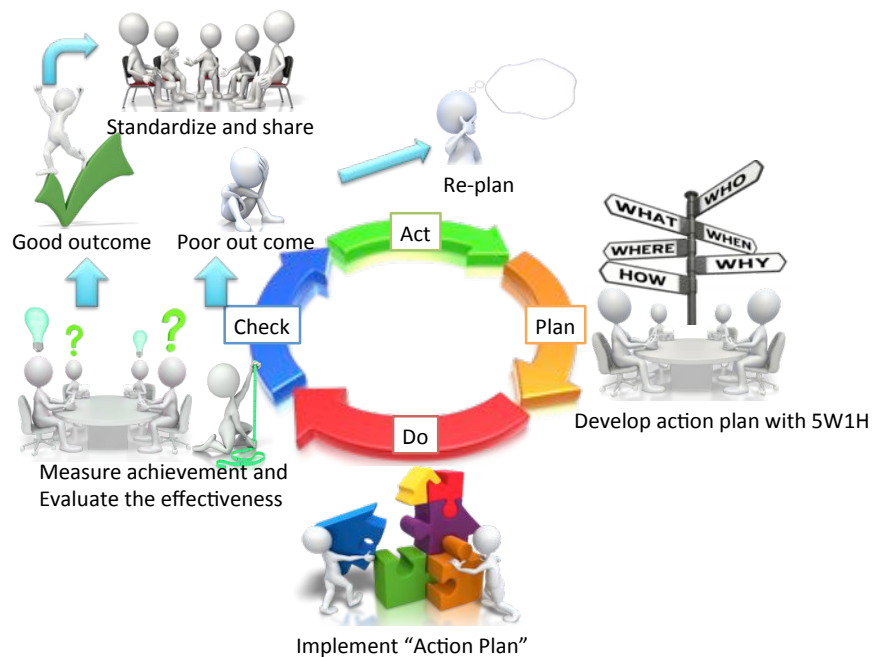


図 9 : PDCA サイクルの回し方

手順5では、原因に対する対応策を考え、手順6で実行します。そして実行した対応策が効果的であったかを確認します。そして最後に効果のあった対応策を標準化（だれにでも容易に実施でき、同様の効果が現れるようにする）し、問題の再発を防止します。一つのカイゼンをしたからと言って、すべての問題が解決されるわけではありません。ですから未解決な問題を整理して、次のカイゼン作業に進むための用意をしておきます。また解決されたものであっても、その状況がベストな状態とは言えません。「これで良い」と思ったらそこまでです。しかし、サービス利用者のニーズや期待は変化して行きますので、更なるカイゼンを目指して行くことが大切です。

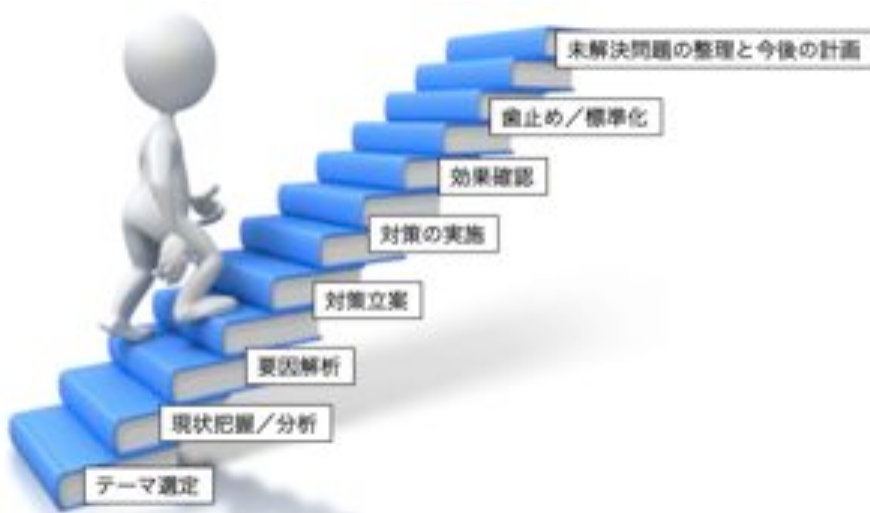


図 10 : カイゼンプロセス (QC ストーリー)

この QC ストーリーの手順を PDCA サイクルに当てはめると以下のとおりになります。

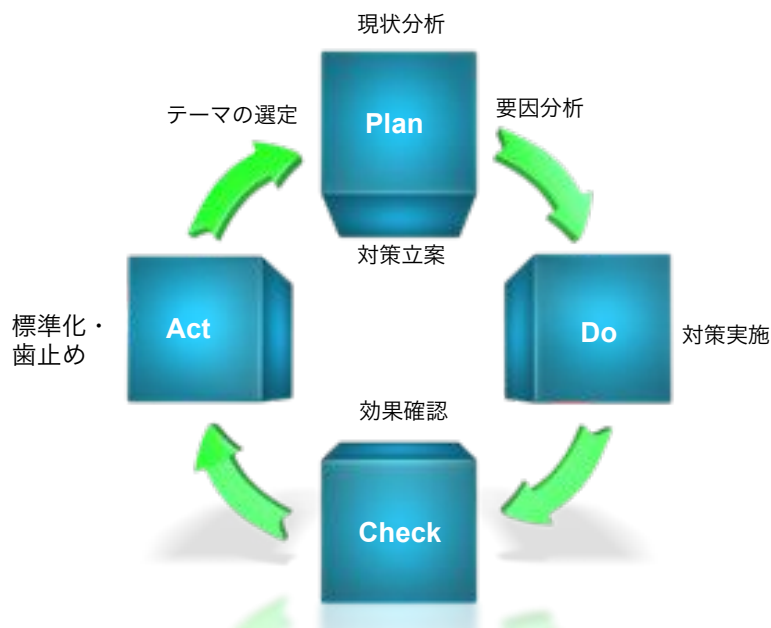


図 11：QC ストーリーと PDCA サイクル

1.10. 「カイゼン」のプロセス (QC ストーリーに沿っての実施)

ではひとつひとつ「カイゼン」手順をおって説明していきましょう。

手順 1：テーマの選定

テーマの選定については、現場や職場で「特に困まっていること」を話し合い、決めていきます。職場の同僚や上司との話し合いで、業務上、いくつかの心配事、関心事、サービス利用者からのクレームなどを上げ、カイゼンのテーマ候補をいくつか出します。つぎにいくつかのテーマ候補から実際に取り組むテーマを選ぶための評価をします。テーマ候補は理想の状態でも書きます。要は目指すものをはっきりさせます。



テーマ候補の評価は、1) 問題を解決できた時の効果の大きさ、2) 緊急性（すぐに取り組まなければ行けないか否か）、3) 実現性（テーマが実現可能か否か）、4) サービス利用者への負担などの観点から以下の表など使って簡単に 3 段階評価方法などで行います。例えばある部署の病棟にて誤薬（薬の与薬ミス）により、薬の破棄や器具の無駄遣い、患者への負担などの問題が発生していたとします。そこでテーマの候補として「薬の与薬に係るミスを減らす」が挙げられ、他の候補とともに、テーマを選ぶための評価を下記の様に実施します。

テーマ候補	効果の大きさ	緊急性	実現性	資源	総合評価
病棟のスペースを拡大する	▲	X	▲	X	X
患者への与薬に係るミス減らす	○	○	○	▲	○
検体採取に係るミス減らす	▲	▲	○	○	▲
医薬品の廃棄の量を減らす	○	▲	▲	▲	▲

表 2：テーマ選定評価表の例

評価の結果、効果の大きなもの、特別な時間や人材、金銭的投入が少なく、実施可能なものを選ぶようにします。テーマ決定までのプロセスを記録しておくこと、次の「カイゼン」を実施する際や別のテーマを選定する際や選定理由を説明する際に有効です。記録しておきましょう。

手順 2：現状の把握

的確に且つ統計的に現状を把握する必要があります。そのためのツールとして、質問状やパレート図 (Pareto Chart) などがあります。パレート図は、複数の問題が存在するとき、「重点的に取り組む問題」の選別に役立ちます。重点的に取り組む問題とは、影響度の高い問題やその部署や施設にとって重要な問題を指します。パレート図の作成は左の目盛が問題の実数、右の目盛がその発生件数の累積比率の割合 (%) となります。そのため、決められたテーマを内容別に分類し、その発生件数と累積比率を計算する必要があります。下の表は、手順 1 で「患者への与薬に係るミス減らす」というテーマが選定されたとして、「患者への与薬に係るミス」を内容別に分類し、ある期間中 (3～6 ヶ月) のインシデントレポートからその発生件数と累積比率を計算したものです。「患者への与薬に係るミス」と一言と言っても、補完方法、準備方法や与薬のプロセスなども違います。その様な差によって患者が重篤な状況に陥る、準備のやり直しなどで資源をムダにすることが問題であると認識し、ここではくすりの種別、与薬のプロセスでインシデントを区別したところ、下記のような表が作成されました。これがパレート図を作成するために最初にする作業です。

患者への与薬に係るミス	発生件数	累積	累積比率	
注射薬与薬ミス	14	14	$14 \div 31 = 0.45$	45%
吸入薬与薬ミス	11	25	$25 \div 31 = 0.81$	81%
経口薬与薬ミス	3	28	$28 \div 31 = 0.90$	90%
インスリン与薬ミス	2	30	$30 \div 31 = 0.97$	97%
経皮薬与薬ミス	1	31	$31 \div 31 = 1.00$	100%
合計	31			

表 3：発生件数と累積比率表の例

先の表からパレート図を作成して行きます。作成の際に注意することは、グラフの左側から発生頻度の多いもの順に並べます。そうすることで、「重点的に取り組む問題」がパレート図上で見やすくなります。また、左側の目盛に発生件数を置き、右側の目盛に累積比率パーセントを置きます。

上の例でパレート図を作成した場合、左の目盛の最大値は発生件数合計の 31 となり、右の目盛は左の最大値である“31”に対応する部分が 100% となります。

マイクロソフトエクセルを使ってパレート図の作成もできます。インターネットで検索すると、無料のパレート図作成ツールが出ていますので、活用すると良いでしょう。
(<http://www.vertex42.com/ExcelTemplates/pareto-chart.html>) 若干、目盛の置き方など違いはありますが、便利なツールが出ていますので、活用してみたいかがでしょうか。

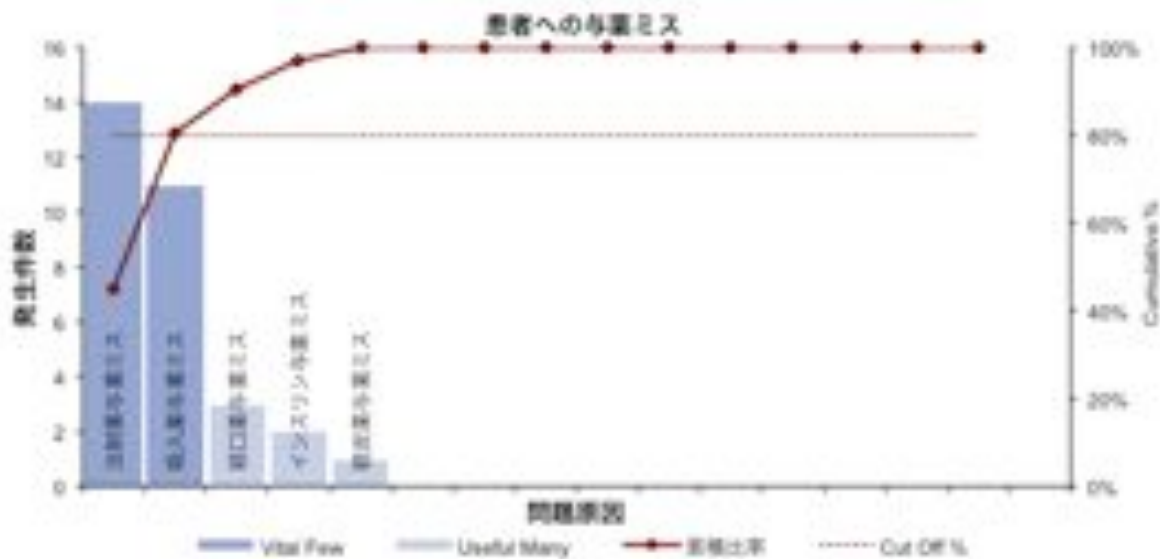


図 12：パレート図の例

現状把握作業にて、数値で問題が明らかになると、どれくらい問題を削減できるのか目標値が立てやすくなります。上の例ですと、上位二つのミスである「注射薬与薬ミス」と「吸入薬与薬ミス」だけで「患者への与薬に係るミス」の81%を占めます。この二つ問題に対処することで大半の与薬に係るミスは防げることとなります。これが「重点指向」というものです。

ではどのように目標を設定すればいいのでしょうか？

目標設定の目安は現状の2分の1から3分の1の低減をねらいます。上の例で言うと“注射薬与薬ミス”と“吸入薬与薬ミス件数を現状の25件から50%下げる”などとします。

数値的な目標だけでなく、いつまで達成するかという期限の設定をすることが「カイゼン」プロセスを進めて行くことが大切です。

手順3：要因の解析

的確に問題に対処していくためには、問題の真因(Root Cause)をつかむ必要があります。そのためのツールとして、ここでは“特性要因図”(Fishbone analysis)を使って、「原因の整理」を行います。問題と主要因の因果関係(Cause-effect)を明確にするものと理解してください。

要因の解析は、原因とされるものを洗い出し、次に洗い出された原因の候補を絞り込み、最後にそれらが真因なのかを確認します。原因とされるものを洗い出しは、あくまでも創造の域をでません。仮説です。この仮説のうち、真因の可能性が高いものを選択します。絞り込まれた原因候補が真因であるかどうかは実験や調査をしなければなりません。しかしそれらが困難な場合には記録簿など過去のデータから判断します。

上の例を引きつづき使って説明しましょう。パレート図から「重点的に取り組む問題」として2つが挙げられました。「注射薬与薬ミス」と「吸入薬与薬ミス」です。要因の解析では、2つの取り組むべき問題別に特性要因図を作成します。その際、“なぜ注射薬与薬ミスが多いのか？”と“なぜ注射薬与薬ミスが多いのか？”というような質問形式にして、その原因を“特性要因図”を使って探ります。

“特性要因図”の作成を容易にするため、おおきな要因をグループ化して分類を行います。グループ化では、人的な要因、方法・手法に関する要因、機材や機器に関する要因、システムに関する要因などに分類します。

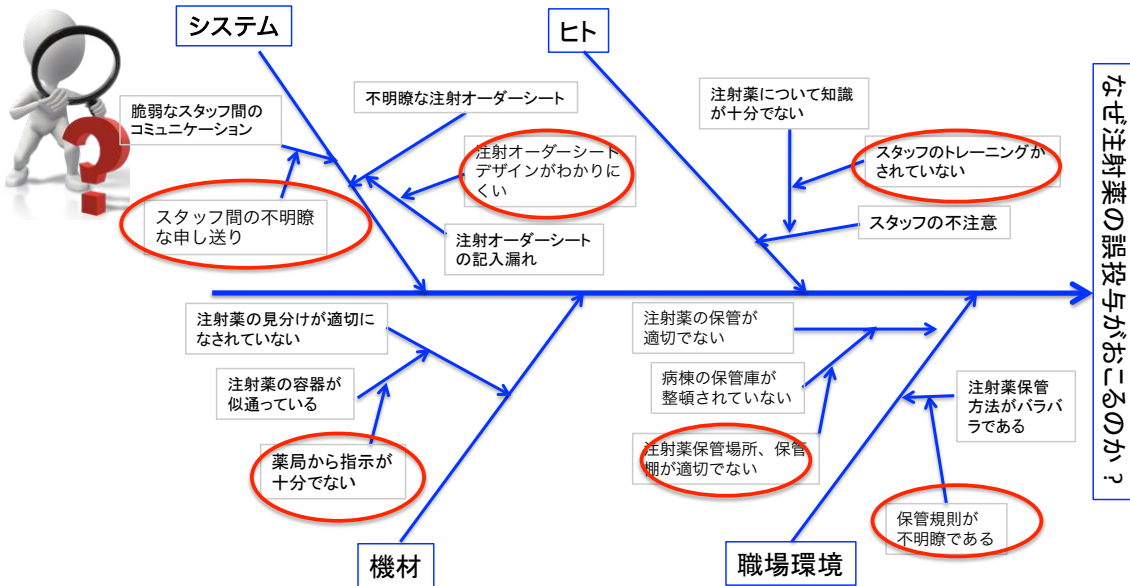


図 13：“特性要因図”の例

“なぜ注射薬与薬ミスが多いのか？”その原因と思われるものを上記のように、各グループ化された要因別に挙げていき、“特性要因図”を作成します。細分化は、末端が具体的な行動になるまで行います。細分化された末端（なぜを5回ほど繰り返すと末端になります）で、真因の可能性が高いものを選択し、印を付けます。上の例では、赤く丸をしたものを真因の可能性が高いとしました。

インターネットで検索すると、エクセルなどを使った無料の特性要因図作成ツールが出ていますので、活用すると良いでしょう。

(<http://www.vertex42.com/ExcelTemplates/fishbone-diagram.html>)

手順 4：対策の立案

整理された原因への対処方法を立案します。そのためのツールとして、ここでは系統図（Tree Diagram）とマトリックス図(Matrix Diagram)を使って、緊急性、難易度、資源の投入などの点から実施可能な対処策を割り出します。



カットオフ値=70% Scale:
 3= 高優先度, 実施容易
 2= 中程度優先度
 1= 低優先度, 実施困難



図 14：対策の立案に必要な系統図とマトリックス図の例

では、また“なぜ注射薬と薬ミスが多いのか？”を例にして系統図とマトリックス図を作成してみましょう。上の特性要因図から真因と思われるものが4つ選ばれました。この4つの真因を左端に置き、各真因に対する対処を系統的に書いて行きます。この時、ひとつの真因に対して一つの対象方法だけとは限りません。また、さらに対処法を細分化して活動を明確化してもかまいません。

対策の系統図が出来上がったら、各対処法が実現可能か否かを評価します。評価の基準は、下の図の右端にあるような簡単な点数化と基準を設ける必要があります。目安としては、7から8割を満たしたものの実施するくらいが良いでしょう。

手順 5：対策の実行

立案された対策のうち、上のようなマトリックス図を使って、実施可能と判断されたものを職場カイゼンチームは実施していかなければなりません。実施に費やす時間の目安は6ヶ月間です。



実施に際して重要なのは実施計画をしっかりと立てることです。実施計画では、以下の表のように、「なぜ(Why)」、「どこで(Where)」、「誰が(Who)」、「いつ(When)」、「何を(What)」、「どうする(How)」という5W1Hを明確にすることからはじまります。

この実施計画書をもとに「誰が」に書かれた人が、その対策の責任者となって、期限までに対応策を実施していくわけです。前述のとおり、実施に費やす時間の目安は6ヶ月間です。

実施可能と評価された対策	誰が	いつ	どこで	なぜ	なにを	どうするか
保管庫の整理整頓実施	8階病棟主任が	7月1日までに	病棟で	薬品を探す時間の短縮	保管庫を	整理整頓する
保管規則の策定	薬剤部と各病棟主任が	7月15日までに	病棟で	取り間違いをなくすために	保管規定を	作成する
申し送り制度の見直し	8階病棟主任が	7月30日までに	病棟で	誤薬を減らすために	安全な申し送り制度を	作る

表4：実施計画の例

しかし、6ヶ月間全く進捗を確認しない、と言うのは問題があります。少なくとも毎月1度は進捗報告会を開催し、各カイゼン活動の進捗を職場カイゼンチーム内で共有しましょう。また、いくつかの活動はその部署、担当者だけでは実施しにくいものもありますので、その分野に長けているひとや部署との連携を十分にとって、効果的な対策がとられるように心がけてください。

手順6：効果の確認

対策を講じてから6ヶ月を目安に効果の確認を行います。効果の確認は実施前に立てた目標が達成されたか否かを数値的に把握し、グラフや表を使って視覚化します。現状把握の際に使用したパレート図を使って、変化を確認することが良いでしょう。使うデータは、対策を講じてから6ヶ月間のものを使用しますが、手順としては、全く同じです。

患者への与薬に係るミス	対策前の発生件数	対策後の発生件数	削減件数	削減後	削減前	削減率
注射薬与薬ミス	14	7	7	$7 \div 31 = 0.23$	0.45	51%
吸入薬与薬ミス	11	5	6	$12 \div 31 = 0.39$	0.81	48%
経口薬与薬ミス	3	2	1	$14 \div 31 = 0.45$	0.90	50%
インスリン与薬ミス	2	1	1	$15 \div 31 = 0.48$	0.97	49%
経皮薬与薬ミス	1	1	1	$16 \div 31 = 0.52$	1.00	52%
合計	31	16	15			50%

表5：数値比較の差

目標は「注射薬与薬ミス」と「吸入薬与薬ミス」の現状を25件から50%下げる」でした。対策講じる前の「注射薬与薬ミス」と「吸入薬与薬ミス」によるミス」の発生件数合計25件から、対策を講じることで12件まで下げることができました。よって目標は達成されたとなります。

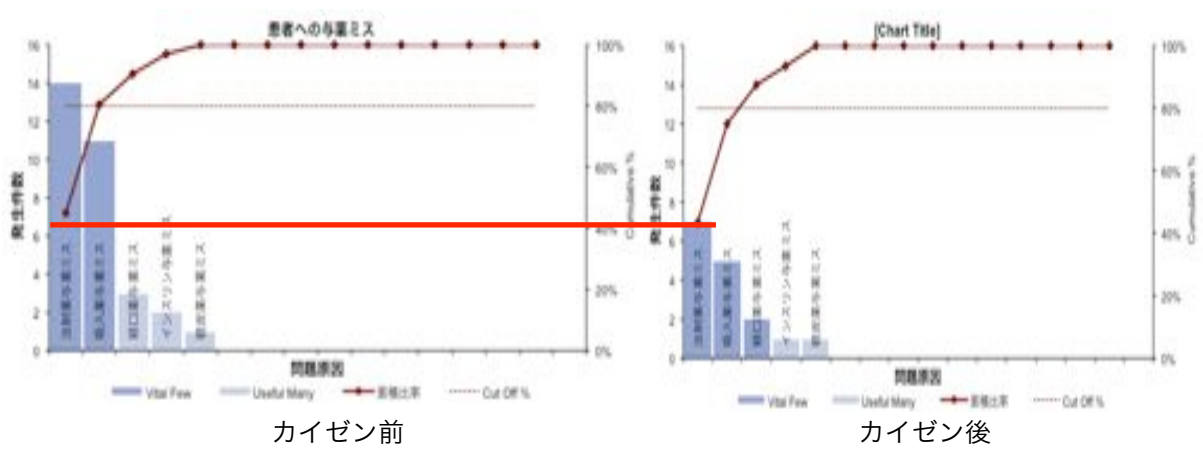


図 16：効果の検証のためのパレート図比較

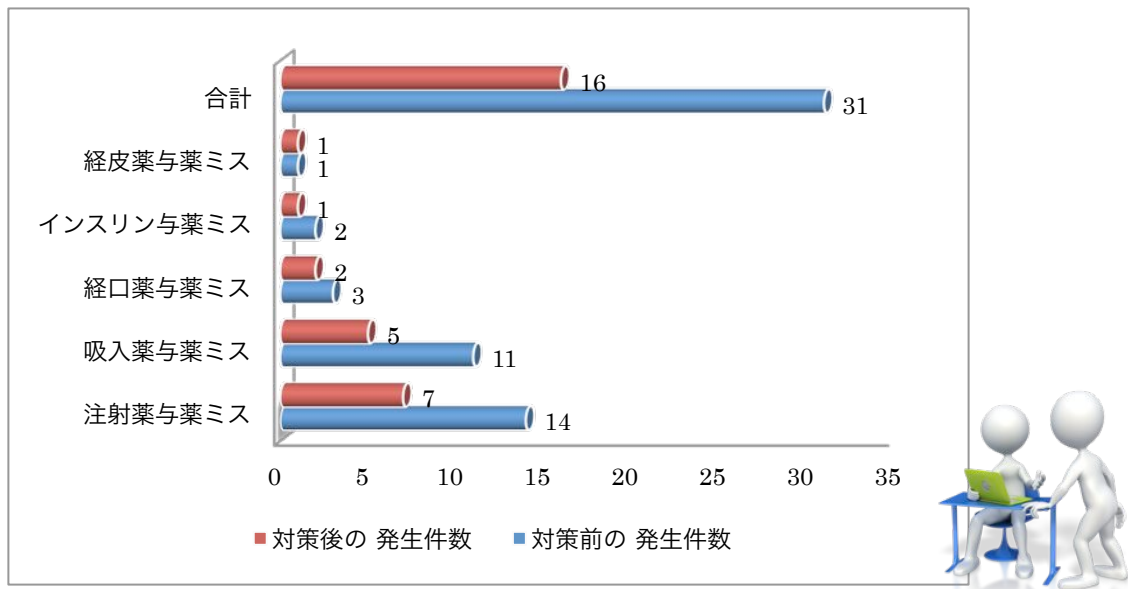


図 17：対策前後の事故発生件数比較

しかし、対策はひとつではなく、いくつかの対策がとられました。その中でどの対策が効果を出したのか、標準化を進めていく上で各対策の効果を調べる必要があります。

対策と効果の関係は以下のように表されます。

		効果	
		あり	なし
対策	実施	① 対策の効果ありとして標準化	②効果なしとして対策を見直す
	未実施	③なぜ効果があるか理由を究明	④対策を実施する

表 7：効果と対策の関係

どのような結果が出たにせよ、対策と効果の関係をあきらかにしましょう。



手順 7：標準化/歯止め

効果が確認されたら、その効果が持続するよう標準化していきましょう。標準化することにより、後戻りすることを防ぐことができます。標準化とは、単なる方法を標準化するだけでなく、現場の職員がその方法を守って実施して行くことです。よって標準の遂行に必要な技術や知識を身につける研修なども入ってきます。やったらやりっ放しではなく、ちゃんとカイゼンしてきたことを残していきましょう。

では実際にどのようにして標準化/歯止めを実施していくのでしょうか？ 対応策の実施で作成した実施計画書と同じようなものをつくります。しかし、ここでは「実施計画書」ではなく「標準書」を作って行きます。標準書でも以下の表のように、「なぜ(Why)」、「どこで(Where)」、「誰が(Who)」、「いつ(When)」、「何を(What)」、「どうする(How)」と言う 5W1H を明確にします。

「標準書」では、「実施計画書」と違って、単なる手順の明確化だけではなく、継続するポイントなども記載します。しかし、現場の職員や同僚のすべてが標準書を守って作業を日々、続けているとは限りません。

ですので、チェックシートを作成し、日常的に管理する必要があります。また、標準書自体も進捗や状況の変化によって時折見直しましょう。

なぜ	誰が	いつ	どこで	なにを	どうするか
保管庫の整理整頓実施	全病棟勤務者が	週 1 回	保管庫	整理整頓と在庫管理を	実施する
安全な申し送り	全病棟勤務者が	毎日	病棟詰所	交代勤務者間で	確認する

表 8：標準書の例

日付	チェック者	標準方法	実施状況確認	
		保管庫の整理整頓実施	<input type="checkbox"/> 継続	<input type="checkbox"/> 標準化に沿って
			<input type="checkbox"/> 非継続	<input type="checkbox"/> 標準化に反して
		安全な申し送り	<input type="checkbox"/> 継続	<input type="checkbox"/> 標準化に沿って
			<input type="checkbox"/> 非継続	<input type="checkbox"/> 標準化に反して

			<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 非継続	<input type="checkbox"/> 標準化に沿って <input type="checkbox"/> 標準化に反して
			<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 非継続	<input type="checkbox"/> 標準化に沿って <input type="checkbox"/> 標準化に反して

表9：チェックシート例

大きなカイゼン、小さなカイゼンを問わず、要は始めて見ることです。“とりあえずやってみよう！”と思うことが大切です。当たり前のことですが、なにもしなければ何もかわらないのですから。



1.11. 5S-カイゼン活動の成功秘訣

5S-カイゼン活動の実施方法について、みなさん基本的なことは理解できたでしょうか。5S-カイゼン活動を導入しても継続できないという施設がたくさんあるようです。そのような施設では、1) リーダーシップが非常に弱い、2) 個人能力依存度が高い、3) 施設内情報共有が十分でない、4) 施設内での人材育成が脆弱である、と言う点が共通してみられます。

このような組織は「上記のような理由により5S-カイゼン運動ができない」とネガティブな思考で言います。そうではなく、ポジティブに考えれば「上記のような状況だから、5S-カイゼン運動が必要」となるはずで、そこで一つ目の秘訣は「ポジティブなマインドセットをもつ」です。

つぎに必要なのは組織のトップのやる気と根気です。リーダー自らがやる気を見せることで部下は着いてきます。二つ目の秘訣は「強いリーダーシップ」です。部下が着いてくる、リーダー自ら実践する、と言うような体制を、つまり「全員参加による活動」となる風土を作り上げて行きましょう。ただ個人のやる気だけ、「やる気を出せ」と言っても限界もありますし、誤った方向に進むかもしれません。そのため正しい知識と5S-カイゼン活動実施に必要な技量を学ぶ機会を組織内の人たちに提供しなければなりません。ですから組織内で学ぶ機会が得られるメカニズムを構築していくことが大切です。それが4つ目の秘訣、「継続的な教育とトレーニング」です。

最後の秘訣は「活動継続への強い意志を持たせる」ことです。簡単なことではありませんが、5S-カイゼン活動を実施していくためのモチベーション、インセンティブが必要です。とは言っても金銭的なものでは意味がありません。ではどのようなものが有効なのでしょう。その方法としては研修終了後の免状の発給、5S-カイゼン活動の施設内発表会と良い事例への表彰、外部への活動の宣伝などがあります。また、活動への貢献度を人事評価にも反映させているアジアの国もあります。

このようにいくつかの方法を用いて失敗しない5S-カイゼン活動を展開していきましょう。もう1

点だけ覚えておいてください。年配の職員ほど抵抗勢力になりがちです。しかし相手にしないのではなく、5S-カイゼン活動を年配の職員に理解してもらおうよう努力しましょう。一旦理解が得られれば、後輩に影響力をもつ先輩職員は5S-カイゼン活動の展開に大きな言動となるでしょう。



第2章：配属先で5S-カイゼン手法を導入するには？

この章では実際に自分の配属先で5S-カイゼン活動を始めるために、どのようなステップを踏んでいくのかを学んでいきます。少し細かくなりますが、全員参加にて持続した活動となるためには必要なステップです。

2.1. 配属先を知ろう！（5S-カイゼン手法の任地への必要性を判断する）

まず任地に到着し、実際に活動を開始したら、職場の状況をおおまかに見るのが大切です。

配属先の組織はどうなっているのか？ 職場での資機材、器具がどのように使われ、保管、維持されているのか？ 仕事の流れはどうなっているのか？ 幹部から部下への指示はどのように伝わるのか？ など、様々な情報を収集して、「配属先を知る」ことが大切です。配属先がどのようにして保健医療サービスを提供しているのか理解することは、配属先の抱えている問題点を明らかにするのに役立ちます。

様々な問題点にカウンターパートと一緒に対処していくことが、自分の描いている理想的な活動や要請書の内容にあった活動をしていけるのではないのでしょうか？ いくら良い技術をカウンターパートに伝えても、その技術を活かせる環境が整っていなくては、あなたが描いている技術やサービスの向上は困難ではないのでしょうか。遠回りのように思うかもしれませんが、まずは職場環境の向上から取り組んでみるのもひとつの方法でしょう。5S-カイゼン手法はきっと配属先の能力強化、患者さんの満足度を向上するのに役立つでしょう。

2.2. みんなに「5S-カイゼン」を知ってもらおう！

5S-カイゼン手法の導入が必要と思ったら、まずは配属先の長に5S-カイゼンの概念を話し、理解者を施設内につくることが大切です。施設長の後押しがあれば、他の職員からの「抵抗」(Resistance)も減りますし、なにより「強いリーダーシップ」が5S-カイゼン活動の成功の秘訣です。

普及の方法としては、特別に5S-カイゼンセミナーを開催する必要ありません。お金がかかることは極力さけるべきです。お金をかけなくても、既存の会議や勉強会を利用して普及することができます。例えば、定例の勉強会、モーニングレポートの時間を活用していけばいいのです。5S-カイゼンの概念を少しずつ普及させていくことで、施設内での理解者を徐々に増やしていきましょう。

普及の際には、5S-カイゼン活動は「新しい仕事」ではなく、「仕事の一部」であることを認識してもらうことが大切です。中には整理・整頓には時間がかかるので、残業手当を支払うべきなどと言う職員もいますが、そのときは「誰がこのような状況にしたのか？誰かが来て汚くして行ったのではなく、自分達が職場を汚しているのでは？」と聞いてみましょう。すると大半のひとは納得するはず。汚く、整然としていない職場に長くいると、それが当たり前になってしまう、片付けることの必要性を感じなくなってしまうのです。

JICAの実施しているアジア-アフリカ知識共創プログラムにて、5S-カイゼン活動は色々な国です

で実施されています。ですから、それらの活動の写真やデータを共有することで、5S-カイゼン活動の効果を理解してもらいやすくなるのではないのでしょうか。英語、日本語などで作られた教材を現地語に訳すこともよいでしょう。とくに運転手や庭師、ランドリーなどの支援部署の職員は、現地語しか理解しないひともいます。「全員参加」が基本の5S-カイゼン活動、みんなに知ってもらうための工夫をしてみたいかがでしょう。

なぜ5S-カイゼンが必要なのかを説得するのではなく、納得してもらいましょう。 時間はかかりますが、施設内の協力者とともにコツコツと根気よく続けていくしかありません。

2.3. 5S-カイゼン手法を実施する体制をつくろう！

配属先のマネージャー達の理解が得られたら、次は実施体制を整える必要があります。

これは、どのような形で、誰が実施し、どのようにモニタリング・評価を実行するかなどを決定します。第1ステップは医療施設内でサービスの質を担当する Quality Improvement Team(QIT) とよばれるユニットを構成します。これは、5S-カイゼン運動を実施する上で非常に重要となります。QIT の構成は様々ですが、医療施設の大きさに合わせて5から15名が妥当でしょう。この QIT は医療施設の組織図上にも明確に記される必要があります。その理由は、QIT が誰の指示のもとにあるのか、どこに QIT 活動を報告しなければならないのかなどロジスティックな部分を明らかにするためです。

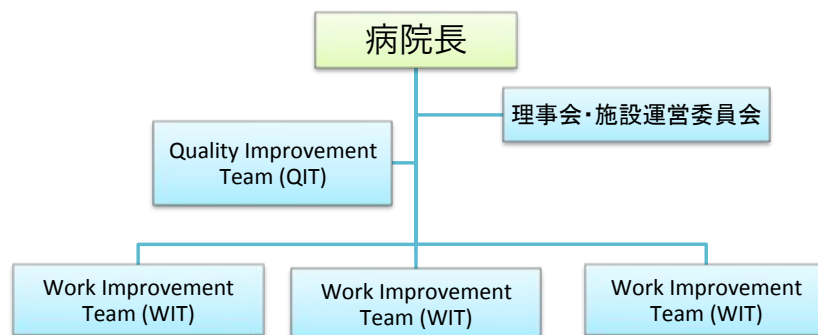


図18：実施体制の例

第2ステップは、QIT の責任、役割 (Roles and Responsibility) を明確にし、文書化します。これらは全体会議で報告する、掲示する、などして職員全体に共有します。QIT の責任、役割が明確でないと5S-カイゼン活動を現場で実施する職員は、サービスの質の向上にむけて、病院がなにをしていくのかが解らず、「抵抗」の原因となります。

以下は、QIT の役割の例です。

- 病院職員への研修実施 (To train hospital staff on 5S-KAIZEN-TQM)
- 状況確認調査の実施 (To conduct situation analysis)
- 病院全体に係る 5S-KAIZEN-TQM 活動の実施 (To implement 5S-KAIZEN activities for common problems of the hospital)
- 定期的なモニタリングと Work Improvement Team への技術的助言 (To conduct periodical monitoring and provide technical advice to WIT)

- 病院におけるすべての QI 活動の記録 (To record all QI activities conducted in the hospital)
- 定期的な状況確認とアクションプランの見直し (To review situation periodically and the action plan)
- 5S-KAIZEN-TQM 活動に必要な資金、人材、資材の投入 (To provide necessary input for 5S-KAIZEN-TQM activities)
- 四半期毎に進捗報告書の作成と、関係者への共有 (Develop progress report quarterly and share with stakeholders)

QIT は病院全体のクオリティーに関する責任を負う部署です。しかし、QIT だけが頑張ってもなかなか 5S-カイゼン活動は進みません。また全員参加が基本なので、職員の方々にも 5S-カイゼン活動を日常的に業務に取り入れて実践してもらわなければなりません。そこで 職場カイゼンチーム：Workplace Improvement Team (WIT) というチームを病棟や部署レベルで構成し、病棟や部署＝現場のことは WIT に任せましょう。WIT については、“2-8. 実施するには？”のところで詳しく後述します。

2.4. 現状を知ろう！

実施体制が整ったら、なにがどのように行なわれているのか、どのような問題を抱えているのか、現状を知るために状況分析 (Situation Analysis) を実施します。実施はもちろん QIT が担当します。

状況分析のターゲットは施設内の全部署です。

QIT はデジタルカメラと簡単な記録用紙を用意します。QIT 全員でそれぞれ施設全体を回っていても時間がかかりますので、二人一組に分かれて状況分析を行いましょう。カメラの数が十分でなければ、日を変えて進めて行きます。各部署を回る際には、状況分析のキーとなる部分(後述します)を、必ず写真撮影してください。また撮影した位置も記録しておきます。5S 前と 5S 後の状況を比較するためです。必ず忘れないようにしてください。

以下は現状分析の際のポイント、ツールをまとめた表です。実施の際に参考にしてください。

現状分析エリア	キーとなる分析ポイント	ツール	キーとなる作業
病院外観	<ul style="list-style-type: none"> ・門から建物への通路 ・案内板 ・景観(清掃度など) 	<ul style="list-style-type: none"> ・写真 ・インタビュー ・観察 	<ul style="list-style-type: none"> ・問題点の洗い出し ・サービス利用者の感想聞き取り
外来	<ul style="list-style-type: none"> ・受付・待合室の状況(受付システム、清掃度、患者の流れ、混雑度など) ・各診療科、部署への案内 ・待ち時間、診察時間 	<ul style="list-style-type: none"> ・写真 ・インタビュー ・観察 	<ul style="list-style-type: none"> ・問題点の洗い出し ・サービス利用者の感想聞き取り ・現状の数値化(時間計測)
病棟	<ul style="list-style-type: none"> ・病室、洗面所ほかの施設の清掃、清潔度 ・ナースステーションの状況と業務の流れ ・器具、機材の保守管理状況 ・廃棄物の処理方法(分別や回収方法) 	<ul style="list-style-type: none"> ・写真 ・インタビュー ・観察 	<ul style="list-style-type: none"> ・問題点の洗い出し ・サービス利用者の感想聞き取り ・管理台帳確認

臨床検査室 X線検査室	<ul style="list-style-type: none"> 施設の清掃、清潔度 器具、機材の保守管理状況 廃棄物の処理方法(分別や回収方法) 待ち時間 結果の取り扱い方法と報告に係る時間 標準法の有無 	<ul style="list-style-type: none"> 写真 インタビュー 観察 	<ul style="list-style-type: none"> 問題点の洗い出し サービス利用者の感想聞き取り 現状の数値化(時間計測や検査数の割り出し)
手術室 分娩室	<ul style="list-style-type: none"> 施設の清掃、清潔度 器具、機材の保守管理状況 廃棄物の処理方法(分別や回収方法) 標準法の有無 	<ul style="list-style-type: none"> 写真 インタビュー 観察 	<ul style="list-style-type: none"> 問題点の洗い出し サービス利用者の感想聞き取り 現状の数値化(時間計測) 管理台帳確認
管理棟	<ul style="list-style-type: none"> サービスへのアクセス 施設の清掃、清潔度 書類管理システム 	<ul style="list-style-type: none"> 写真 インタビュー 観察 	<ul style="list-style-type: none"> 問題点の洗い出し サービス利用者の感想聞き取り 現状の数値化
倉庫	<ul style="list-style-type: none"> 施設の清掃、清潔度 資機材のオーダー、管理、出庫システム(要する時間、在庫量、保管スペースなど) 書類管理システム 	<ul style="list-style-type: none"> 写真 インタビュー 観察 	<ul style="list-style-type: none"> 問題点の洗い出し サービス利用者の感想聞き取り 現状の数値化

表 10：5S 実施対象エリア例

状況分析調査が終了したら、下記のような分析フォーマットを作成し、問題の「見える化」を図り、対応策を練る基礎を作ります。

日付：..... 分析担当者.....

部署	サービス利用者	問題点	想定されるサービス利用者のニーズ、要望	想定される問題対処策	方法、手法
例： 職員課	1) すべての病院職員 2) 職員家族 3) 保健省 4) 県庁、州政府	1) 職員登録システム(ファイル管理、貸し出し、返還) 2) 職員課職員の技術、心構え 3) ファイル庫のスペース	1) 迅速、適切な対応 2) 正確な情報のファイリングと管理 3) 適切かつ十分作業ツールと資機材	<ul style="list-style-type: none"> 現行ファイルシステムの見直し サービスの心構え指導 サービス満足度調査 	聞き取り 普及 調整会議 質問状

図 19：5S-カイゼン状況分析フォーマット例

将来の評価のためのベースライン指標をとることを忘れないでください。

指標には色々考えられますが、施設利用者へのサービスや、保健医療従事者、情報、病院運営財政など基本的状況を押さえておくと良いでしょう。とくに、「想定されるサービス利用者のニーズや要望」をもとに、それらが満たされたか否かを計る指標をとりましょう。

例えば：

- 待ち時間が少なくなる→患者満足→**各部署の待ち時間の測定**
- 倉庫の医薬品の整理整頓→在庫管理が容易→ムダが減る→**期限切れ医薬品破棄数**
- 病棟の医薬品の整理整頓→在庫管理が容易→ストック切れが減る→**ストック切れ数**

- ・ 整理・整頓・清掃による業務環境カイゼン→モチベーションの向上→**職員の職場環境満足度測定**
- ・ 医事課や職員課の情報の整理・整頓→情報の検索が容易→**情報やファイル検索時間測定**
- ・ 5S-カイゼン活動によるムダの削減と効率化→運営費、人件費削減→**現状の管理費・人件費額**

などが考えられるでしょう。また、保健サービスに直結したものであれば、例えば院内感染（器具からの感染、事故など）の件数を5S-カイゼン活動前にベースラインとして収集しておくといでしょう。平均入院日数などもサービスや技術が安定すると疾患別の入院日数も減ってくるでしょう。

2.5. 実施計画をつくらう！

確実に5S-カイゼン活動を実施していくためには、実施計画書を作成することをお勧めします。ではどのようにして実施計画書を作成するのでしょうか。作成前に、まずどのような時間軸で5S-カイゼン活動を進めていくのが良いか知っておいたほうが良いでしょう。実施には段階があり、4段階に分かれます。

各段階に費やす時間は目安ですが、ダラダラと時間をかけて実施して仕方ありません。期間中に実施可能な活動を計画書に入れていきましょう。

1. 「事前準備期間」(Preparatory phase) :
約3ヶ月を費やし、管理者へ概念普及や技術研修を実施します。
2. 「導入期間」(Introductory Phase)
約6ヶ月を費やし、職員研修や整理、整頓、清掃のS1からS3を徹底します。
3. 「実施期間」(Implementation phase)
約2年を費やし、清潔（標準化）や躰のための活動を行うとともに、モデル部署からの知見を他の部署に拡大して、病院全体で5S活動を推進します。また、S4、S5のできた部署はカイゼン活動に移行していきます。
4. 「維持／継続」(Maintenance phase)
期間の設定はなく、組織が存続する以上、5S活動の継続、更なるカイゼン活動、TQMに向けた活動に費やします。また、5S-カイゼン活動の開始時点からの定期的なモニタリング活動もここに記載します。

この段階を理解した上で、その施設にあった活動を考え、次のページ記載した実施計画書フォーマットの例に沿って、各段階に活動を落として込んで行きます。

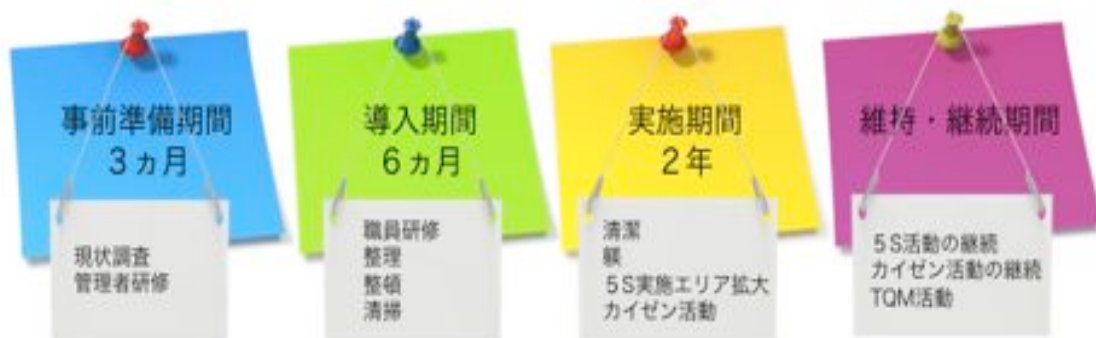


図20：5S-カイゼン実施段階

実施計画書は、現状分析の結果に基づき作成します。現状分析の結果から優先すべき課題の洗い出しをしておきましょう。実施計画作成の際には、以下の点を考慮して、次ページに示したフォーマット例に沿って作成していきます。

- 項目 1. 「状況分析結果」では、現状分析結果を簡潔に記載します
- 項目 2. 「病院の抱える問題」も現状分析の結果、明らかになった問題点を書きます
- 項目 3. 「全体目標」では、5S-カイゼン活動が進められたことによる理想な状態を書きます
- 項目 4. 「目的」は、理想的な状態を「成果」に置き、それが実施できたか否かを判断する「指標」を設定し、測定可能なデータ収集元を「指標確認方法」に明記する
- 項目 5. 「実施部署」はモデルとする部署や病棟を2～5ヶ所選択します。問題の多すぎる部署を選択するとモデル化に時間を要することがあるので注意してください。
- 項目 6. 「実施計画」では、各段階で「なぜ(Why)」、「どこで(Where)」、「誰が(Who)」、「いつ(When)」、「何を(What)」、「どうする(How)」と言う5W1Hを明確にします。
- 項目 6. 「実施計画」では、各段階に費やす時間を考慮して活動を入れていきます。
- モニタリング・評価活動は初期段階から始まりますので、期間の最初の方から行われるよう注意してください

5S-カイゼン手法を使った病院サービスの質改善のための実施計画

病院名 _____ 日付 _____ 担当 _____

1. 状況分析結果

2. 病院の抱える問題点

3. 全体目標

4. 目的

成果	指標	指標達成方法

5. 実施部署

6. 実施計画

実施期間	活動	目標	責任部署	期間								責任者	評価基準
				20				20					
				1	2	3	4	1	2	3	4		
準備期間													
導入期間													
実施期間													
維持継続期間													

図 21；実施計画書フォーマット例

2.6. 写真は重要

前述した現状分析でも、後述するモニタリング・評価でも写真は重要なエビデンスの一つとなります。その時々を「見える化」していく大切なツールです。ですから、闇雲に写真を撮っていただいてもいいものではありません。

ではどうすればしっかりとしたエビデンスに成りうる写真の撮影ができるのでしょうか？下の写真はある病院のゴミ処理場の写真です。現状調査に廻っていた病院職員が“あっ、汚い”と近寄ってとった写真です。



一見、問題点をクローズアップした写真として使われそうですが、周囲の状況はどうなっているのでしょうか？なぜこうなったのでしょうか？焼却炉が壊れているのか、ゴミ捨て場がいっぱいなのか、ただこうして破棄されたのかわかりません。しかし、下のように撮影するとどうでしょうか？



周りの状況からある程度問題の原因をさぐる糸口がつかめたのではないのでしょうか？このように、問題ばかりに捕われず、周囲の状況を確認するため、問題だけをクローズアップした写真の撮影をしないように心がけてください。また、現状分析のところでも述べたように、今後のモニタリングの際に分かりやすいように簡単な地図をつくって、撮影した位置と方向も記録しておきましょう。

2.7. 研修するには？

5S-カイゼン手法の導入には、5S-カイゼン手法の概念を説くだけでは不十分です。そこで、5S-カイゼン手法の概念を細分化し、いくつかの単元としてレクチャーや実習にて5S-カイゼン手法の導入に必要な技術を職員に学んでもらう必要があります。

研修の内容を分類すると、大きく分けて3つに分かれます。ひとつ目は「品質向上の基礎」、ふたつ目は「5Sの実施に係る技術、知識」、最後に「カイゼンに係る技術、知識」です。通常、これらの研修には、実施計画書(案)の作成作業を入れて、5日から6日間を研修に費やします。指導者研修スケジュールの例を付属資料4に添付していますので、参考にしてください。しかし、多くの病院では時間的にも財政的にも1週間の研修を実施することが難しい場合があります。また、すべてのトピックを理解して説明、講義できる人材もいないでしょう。その場合には、既存の勉強会の時間を使い、少しずつ研修を進めていけば良いでしょう。

研修を分割して行う場合には、トピックの選択が重要になります。すべてのトピックをカバーしなければ、5S活動は進められないわけではありません。ですので、最初の方に「5Sの概念」(What is 5S principle and Video on 5S)、「5S活動の実施」(Actual Implementation of 5S and Working Improvement Team)、「職場環境カイゼンチーム」(“WIT activity practice) などからはじめ、「カイゼンコンセプト」や「カイゼン手法」に移っていくのがよいでしょう。

病院管理者、QITレベルにおいては、「5Sの概念」(What is 5S principle and Video on 5S)、「5S活動の実施」(Actual Implementation of 5S and Working Improvement Team)も当然ですが、「医療サービスの質の向上」(“Definitions and Dimension of Quality”, “Quality and Safety”)、「現状分析方法」(How to conduct situation analysis)、「モニタリング・評価」(Monitoring and Evaluation of 5S-KAIZEN activities)といったトピックについては必ず学ぶようにしてください。

2.8. 実施するには？

実施する上で、病院のマネジメントから良く耳にするのが「平等の観点から全部署で実施する」と言うことです。一見、聞こえは良いですが、各国での経験上、この方法はおすすめしません。急激に5S-カイゼン活動の実施を行った施設の多くは問題を抱えており、円滑に実施されていません。一方、「手本」(Show case)となる部署を選び、はじめに手本となる部署への支援に集中して「手本」をつくりあげた病院の多くは5S-カイゼン手法の導入に成功しています。

すでに現状調査が終わっているのですから、その結果からモデルとなる部署を選びましょう。手本づくりを容易にするためには以下の点に考慮してモデルとなる部署を選びましょう：

- 問題を多く抱えていない、
- 責任者が強いリーダーシップを持っている、
- 現場スタッフの5S-カイゼン手法への理解が高い、
- 現場スタッフの業務に対するコミットメントが強い

モデルとなる部署を選んだら、現場での5S-カイゼン活動を実施するための体制をつくります。現場では、職場カイゼンチーム：Workplace Improvement Team (WIT)というチームが実施します。このチームは3~5人で構成され、部署や病棟の5S活動を実施することと、各部署・病棟の抱える問題をカイゼンプロセスにて解決していくことが役割です。要は自分達の職場の環境カイ

ゼンと業務内容カイゼンです。

WIT の具体的な役割は以下のとおりです。

- 部署全体に係る 5S-KAIZEN-TQM 活動の実施 (To implement 5S-KAIZEN activities for common problems of the department)
- 定期的なモニタリング (To conduct periodical monitoring)
- 部署におけるすべての QI 活動の記録 (To record all QI activities conducted in the department)
- 定期的な状況確認と QIT への報告 (To review situation periodically and report to QIT)

QIT と WIT の関係は以下のようになります。TOP to BOTTOM, BOTTOM to TOP の両方向の対話を確立する必要があります

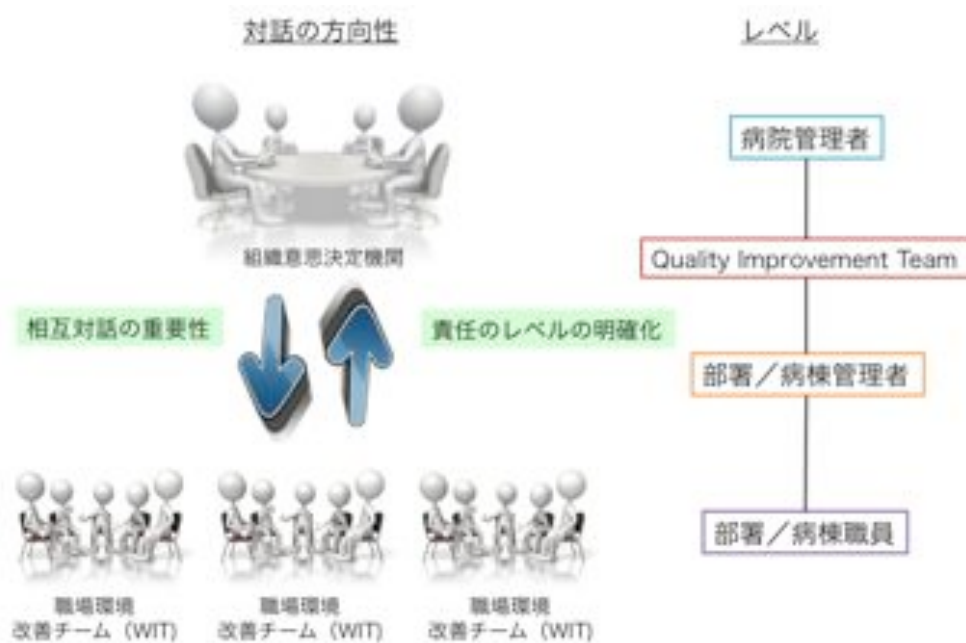


図 22 : QIT と WIT の関係図

体制ができれば、まずは S1 から S3 です。

QIT は現場スタッフとともに整理、整頓、清掃を行ないます。この際、QIT は S1 (整理) から S3 (清掃) に必要な技術的助言をするようにします。QIT は、現場にて S1 から S3 までが徹底して実施されるよう、定期的に現場を訪れ (最低、週 1 回は訪れましょう!)、指導します。また、WIT と QIT は定期的に会合を持ち、現場での問題点についての協議や、進捗について話し合う機会をつくり、双方向の対話の実現する環境をつくりましょう。

2.9. モニタリングするには？

QIT が実施するモニタリングの頻度ですが、開始から 6 ヶ月くらいまでは、週 1 回は現場訪れるようにしましょう。モニタリングの際には、現場の職員とのコミュニケーションを大切に、困っていること、分からないことを聞くだけでなく、計画した活動の進捗度も確認する必要があります。問題に対する解決方法やカイゼン方法を一緒に現場で考えるようにしてください。モニタリングは、定期的実施するものですから、定型のチェックリストを作成することをお勧めします。下の

表はレベルごとのモニタリング・評価活動の頻度と対象を表したものです。

実施者	毎日	週1回	3ヶ月毎	6ヶ月毎	対象	ツール
QIT		○ モニタリング 指導		○ 評価	WIT	標準 5S-カイゼン評価表 写真 レーダーチャート
WIT	○ モニタリング		○ 自己評価		自己	チェックシート
保健省				○ 評価 コンサルテーション	QIT WITs	標準 5S-カイゼン評価表 写真 レーダーチャート

表 11：モニタリング／評価の頻度

モニタリングの際には、以下の点に注意して、実施しましょう。

- 外観のみで判断せず、現場スタッフが5Sについての知識、能力を身につけているか聞き取る
- 業務効率や仕事の流れを配慮して5S活動が行われているか、どうかを確認する
- 現場スタッフ全員が5S-カイゼン活動に参加しているか、どうかを確認する
- どのような5S-カイゼンツールが適用されているか観察する
- 5S-カイゼン活動記録が適切に残されているか、どうかを確認する
- WITのみでは解決できない問題があるか、否かを確認する

重要

QIT が定期モニタリングの際には、決して「粗探し」はしないようにしてください。良くなった・向上した部分をほめることで現場スタッフのモチベーションが上がります。「粗探し」では現場の職員は嫌気がさし、継続した5S活動ができなくなりますので気をつけてください。

2.10. 評価するには？

活動の進捗をモニタリングし、「どれくらい変化したかな」と、評価することは実施者にとっても、施設管理者にとっても重要なことです。「今、どのレベルなのか、どれくらい達したのか」という現在の位置をすることが、今後の計画づくりに非常に役立ちます。

評価の方法には、独自の評価基準をつくってもいいですし、JICA で色々な国の 5S-カイゼン活動を評価するのに使用している標準化された評価表（付属資料1を参照）を使うのもよいでしょう。いずれにせよ、評価とは基準の達成度を計ることであることを忘れないでください。標準化 5S-カイゼン評価表の採点基準は付属資料3を参照してください。

評価するタイミングですが、QIT が実施する場合には6ヶ月毎が妥当と言えるでしょう。と、言うのも、3ヶ月ごとですと進捗もなかなか見られませんが、評価者にも負担が増えます。一方、現場の自己評価の場合は、3ヶ月ごとに実施することを推奨します。自分たちの目標にどれだけ近づいているかを判断することができ、次の外部評価（QIT や保健省が実施するもの）までに達成すべき点が見えやすくなるでしょう。

QIT や保健省が実施する評価の際には、標準化された評価表を用いて採点し、現場の写真を撮影します。また、現場の職員にインタビューして情報を収集します。評価後には、下の様なレーダーチ

チャートを使って各々の評価項目の状態をグラフに示すようにします(作成方法は付属資料2を参照)。これにより、どの部分が強いのか、弱いのかを「見える化」できます。グラフ、写真等を用いて必ずフィードバック会議を開き、評価対象部署に結果をつたえましょう。評価者の考察、提言を伝え、状況のカイゼンを行なってもらうことが大切です。

プロセスの評価以外に、実際、どれくらいサービスが向上したのか、安全性が向上したのか、コスト削減できたのか、など 5S-カイゼン活動のインパクトを図る必要があります。ここで、状況分析をしたときのベースライン指標を思い出してください。記録してあるベースライン指標を同じ方法で再度測定、計測してみてください。その差が明らかになれば、効果は高かったということになります。

例えば、受付時間は患者の満足度を満たす重視すべき指標です

- 5S 前の受付時間--30 分
整理番号カード配布、問診票簡素化、受付台帳簡素化（5S 後）——15 分に短縮
例えば、カルテを探す時間、煩雑さは医事課職員の労働負担やモチベーションを計る重視すべき指標です
- 5S 前のカルテを探す時間-25 分
ファイルの整理整頓/整理番号付け（5S 後）——3 分に短縮
- カイゼン前の予防接種の破棄率 — 60%
バイアルの量の変更、集団接種日の設定、在庫管理の徹底とオーダー方法変更—40%に削減

2.11. 記録しよう！

5S-カイゼン活動を進めていく上で、その過程を記録して行くことが大切です。記録は「後戻り」をしないためです。5S 活動の場合、以前の状況を写真で残し、現状と比べることで変化を“見える化”します。その掲示は病院職員に「以前の状態に戻りたくない」という心理を働かせます。カイゼンの場合、記録することで PDCA サイクルを回して行く上で、次の計画に活かすことができます。2-10 に示した様な指標の変化を記録することで、更なるカイゼン活動を進める上で基準となるのです。例えば、カイゼン前の予防接種の破棄率が 60%であったとします。

バイアルの量の変更、集団接種日の設定、在庫管理の徹底とオーダー方法の変更、と言うようなカイゼンを行ない、40%にまで削減したとします。しかし、ムダはまだ 40%もあるわけですから、更なるカイゼンの対象となります。この記録が残っていなければ、次のカイゼン活動でどれくらい削減できたかわからないのは言うまでもありません。また、どのような活動をしたかもわかりません。このように 5S-カイゼン活動の記録は、次に続けるため、後戻りしないため、非常に大切なのです。

以下は記録しておく役立つもののリストです。実施の際の参考にしてください。

記録書類	記録方法	記録頻度	保管担当
5S 写真経時変化	PC によるフォルダー	モニタリング毎	QIT
QIT 会議 議事録	専用ファイリング	会議開催毎	QIT
WIT 会議 議事録	専用ファイリング	会議開催毎	各部署の WIT
研修記録、研修教材	専用ファイリング	研修毎	QIT

カイゼンプロセス記録	テーマ別ファイリング	テーマごとのカイゼン活動毎	各部署の WIT
モニタリング・評価記録	部署別の評価表、チェックリストの専用ファイリング 写真は PC によるフォルダー	モニタリング・評価毎	QIT

表 12: 記録物の例

ここまで述べてきた点を現場では、各国の言語でカウンターパートの方々と共有していかなければなりません。その際、翻訳に無駄な時間を割くのは短い隊員活動中にはもったいないことです。

JICA と協力して 5S-カイゼン-TQM 手法をアフリカ 15 カ国に普及することに尽力された日本医科大学の長谷川教授、スリランカのカランダゴダ医師の書かれた”Change Management For Hospitals through stepwise approach, 5S-KAIZEN-TQM”という本が、英語版とフランス語版で JICA から入手可能です。派遣国の事務所に問い合わせてみてはいかがでしょうか。

第3章：実施のためのツール

3.1. 5S ツールの紹介

ここでは5S 活動を進める上でつかう様々なツールを紹介します。これらは5S ツールと呼ばれるものです。みなさんもお存知のものが多いとおもいますが、活用する上でのヒントもつけていますので、みなさんが実施する際に役立ててください。

1. 赤札 (Red Tag)

整理活動をする際に不要品の分別に使われます。また入らないものか置いておくものか、迷った際にも使います。必要か不要かを判断する際には、赤札を貼ってから1ヶ月間様子を見ます。1ヶ月間使用しなければ不要ということになります。

The image shows a 'RED TAG' form with the following fields and options:

- RED TAG
- Name of equipment.....
- Location of equipment.....
- Reason for remove:
 - Impossible for repair
 - No spare parts for repair
 - Not necessary for current workflow
 - Other (.....)
- Treatment:
 - Return to store
 - Recycle
 - Transfer to other department
 - Discard
- Date: / /
- Responsible person.....

2. 整列/アラインメント (Alignment)

整頓活動をする際に使います。ファイルやオフィス家具、医療機器や器具の保管、病室のベッドなどのアレンジに使います。簡単なことなのですが、途上国の場合、アラインメントは無視されがちです。



3. 番号付け、アルファベットコード付け (Numbering/Alphabetical coding)

整頓活動をする際に使います。また、清潔活動にも使えます。ファイルや機材に番号やアルファベットコードを付けることで、必要な情報や物が簡単に見つ

け出すことができます。番号やアルファベット順に物を整理することで、必然的にその物を置く場所が決められてきます。常に一定の場所に一定の物がある、と言うことは、その物を使った後にまた元の位置に戻さなければなりません。この「すぐに見つけられ、取り出せ、戻せる」状態を習慣化させていくためにも番号やアルファベットコードを付けることは有用です。数が多い、分類が多い場合には、番号とアルファベットの組み合わせも可能です。医療の現場では医事課での患者のカルテの整頓、人事課での職員ファイルの整頓、倉庫の物品整頓などに使われています。



4. カラーコード (Color coding)

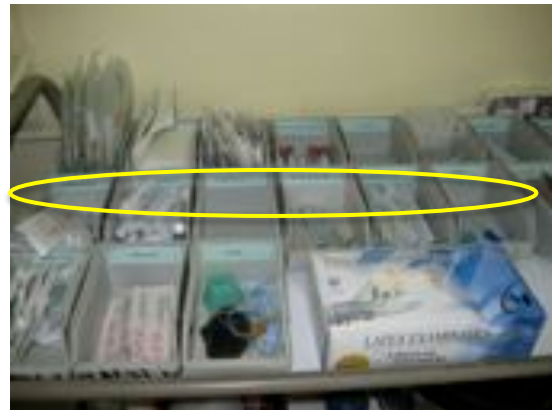
整頓活動をする際に使います。また、清潔活動にも使います。カラーコードは、廃棄物やリネンなど分別の必要性があるものに有効です。また識別が容易になりますので、病院の職員だけでなく、サービス利用者にも各色の意味を理解してもらい易くなります。途上国でよく見かけるカラーコードは院内感染予防のための医療廃棄物の分別です。左の2つの写真のように、ゴミ箱の色を変えて対応しています。右側の2つの写真のように、各カラーの意味は必ず大きく掲示して、病院職員ならびにサービス利用者にも共有しましょう！



5. ラベル付け (Labeling)

整頓活動をする際に使います。また、清潔活動にも使います。ものを置く場所を確定し、ラベルすることで「何がどこにあるか」を明確に、簡単に見つけられる、取り出せる、戻せる、と言う動作を可能にします。ラベル付けの際には文字の大きさや、ラベルを付ける高さを考え、ひとから見やすくなるよう心がけてください。作業の流れを考慮してラベル付けをすることが大切です。職場の同僚が納得するまでは仮のラベルにしておき、確定してから適切な材質、大

きさ、高さを考えてラベル付けしましょう。



6. シンボル (Symbols)

整頓活動をする際に使います。また、清潔活動にも使います。これもラベルと一緒に「何がどこにあるか」を明確に、簡単に見つけられる、取り出せる、戻せる、と言う動作を可能にします。文字ではなくそのものを表す形で明示しますので、言語は関係なく使えます。



7. X-Y 軸 (X-Y Axis)

整頓活動をする際に使います。とくに掲示板の整頓によく用いられます。左のような掲示板を途上国ではよく見かけます。右の写真のように、色のついたリボンや毛糸、テープを使ってX-Y 軸を明確にすることで、情報が見やすくなります。



8. 定位置化(Zoning)

整頓活動をする際に使います。また、清潔活動にも使います。基本的な考え方は駐車場の駐車スペースラインと同じです。物の形をかたどることで、その場所にはその形のものしか置けないようにします。「決められた場所に決められた物を置く」ことで、物を探す手間を省きます。



9. 安全標識(Safety signs)

清潔活動をする際に使います。また、清潔活動にも使います。サービス利用者、施設利用者に対して、注意を払うよう、また施設利用の規則を標識にしたものです。医療施設に一般的に使用される毒劇物、引火性物、高圧電流などはすでに国際的認識のある標識がありますのでそれら使いましょう。無い場合には独自のサインを作ってもかまいません。



10. 案内板 (Signboard/Map)

清潔活動をする際に使います。施設利用者が訪れたい場所へ円滑に行けるよう分かりやすく表示し、導きます。これにより、サービス提供側は利用者に対して、場所を説明する手間も省けますし、サービス利用者にとっても便利です。



11. 5S コーナー (5S Corner)

清潔およびしつけ活動に使います。

5S-カイゼンに係る情報の掲示を行うことにより、実施者に対して実施の継続、促進を促す効果があります。また、他部署との進捗などを掲示することで競争心をかき立てる効果もあります。



5S コーナーには職員向け、利用者向け、管理者向けと別れ、設置する場所によって掲示する内容を変える必要があります。以下の表を参考にしてください。

5S コーナーに掲示する情報	5S コーナーの設置場所		
	管理棟	外来/待合室	病棟/部署
5S ポスター	○	○	○
写真による経時変化記録	○	○	○
各部署の進捗度チャート	○	×	○
モニタリング・評価情報	○	×	○
研修情報	○	×	○
QIT/WIT ミーティング情報	○	×	○
病院のサービスの質に係る方針	○	○	○
カラーコードなど規則に係る情報	○	○	○

表 13：レベル別 5S コーナーへの掲示物比較

5S ツールを使って、写真の様な整理整頓の行き届いた、きれいで働きやすい職場づくりを目指しましょう。なお、カイゼンのツールである、パレート図、要因分析図、系統図、マトリックス図については、すでに 1-5. で詳しく述べたので、ここでは説明しません。



3.2. 見える化 (Visual Control)

見える化とは一般的にビジネスにおいてその企業の活動状況や進捗状況、目標達成度などが常に見える状態にしておくことにより、問題が発生した場合に迅速に問題点を見つけ出せ、対処できる環境を作っておくことと定義されています。では、どのようなものを具体的には「見える化」するのでしょうか。一般的には標準作業工程、生産ライン状況、在庫管理、行程表などに見える化が適用されます。トヨタ生産方式が有名になり、そのなかで使われている見える化も自然に知られるようになりました。トヨタ生産方式でもっとも有名な見える化は“カンバン”です。車の生産ラインの進捗状況がぱっと見ただけで判るようにしています。

見える化がどのように効果的に働くかを示した図です。目から入る情報は目の前で起こっている現状を認識し、その状況の善し悪しを判断し、周囲に働く人々と共有してその問題への対処を行います。これにより問題は解決され、状況は改善する方向に進みます。しかし改善したから終わりではなく、対処した点が継続しているか確認する。このように一連の流れをつくるのが見える化の目的でもある。

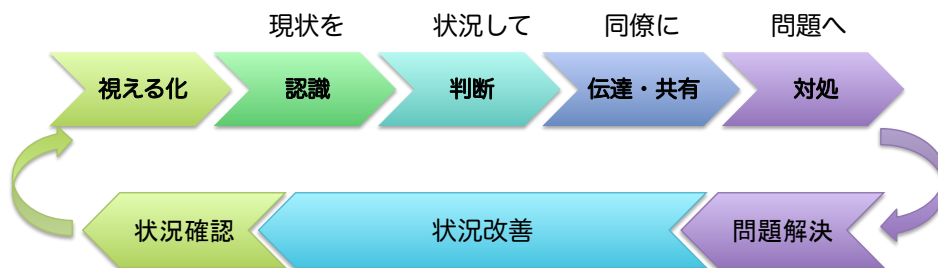


図 23：見える化の目的とメカニズム

では、実際の見える化を見て行きましょう

見える化の事例

<p>色による病棟でのアンプル在庫管理(1)</p>	<p>色による病棟でのアンプル在庫管理(2)</p>

<p>作業工程図</p>	<p>工具箱内の工具管理</p>
<p>色による書類在庫管理</p>	<p>手術室の立ち入り禁止区域表示</p>

3.3. QC 7つ道具／新 QC 7つ道具（カイゼンツール）

QC 7つ道具とは、統計的手法の基本的なものであり、現象を図や表にしめすこと、問題や現象を視える化し、改善策を得るだけでなく、その策の有効性も判断できる分析の手法です。一方、新QC 7つ道具とは、TQM の実施に不可欠であり、数値データだけでは管理できない品質を言語データ的に管理するものです。早期の段階で問題の構造を明らかにすることを目的としています。

QC 7つ道具が定量的に現象を分析することを目指すに対し、新 QC7 つ道具（新 QC 七つ道具）は定性的な現象に分析することを目指します。

QC 7つ道具：1) パレート図 2) ヒストグラム 3)管理図 4) 散布図 5) 特性要因図 6) チェックシート 7) グラフ

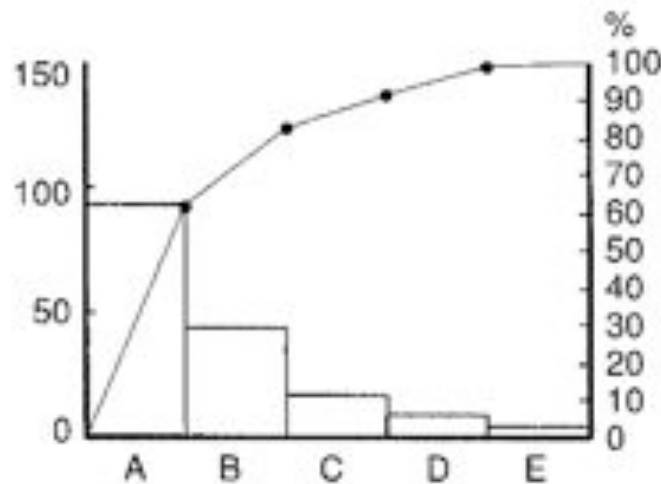
新 QC7 つ道具：1) 親和図法 2) 連関図法 3) 系統図法 4) マトリックス図法 5) アロー・ダイヤグラム法 ・6) PDPC 7) マトリックスデータ解析法

両方合わせて14個の「道具」がありますが、ここでは第1章のカイゼンの各過程で使われたものを振り返って紹介します。

1. パレート図 (Pareto chart)

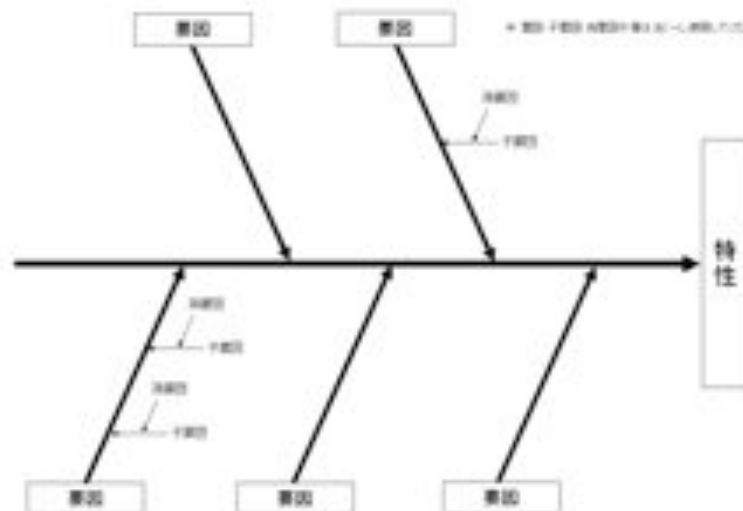
カイゼン過程の第2ステップの「現状分析」の際に有効な道具である。棒グラフと折れ線グラフが同じチャート上に存在する。棒グラフは原因や状況を示す項目を層別して、値の大きなものを左側から右側へ並べていく。一方、折れ線グラフはその層別した事項の累積百分率である。これを使うことにより、各項目がどれだけ寄与しているか、その影響度合いはどれくらいか表現でき、原因や問題点の絞り込み、効果の確認など、重点指向をしたいときに有効なツールである。(18 ページ参照)

なお、カイゼン過程の第6ステップ「効果の確認」で、パレート図をつかってカイゼン策が効果的であったかを検証できます。ある程度の期間、改善策を実施したのち、状況を確認する必要があります。カイゼン前のデータで作成されたパレート図とカイゼン後のデータで作成したパレート図を比較し、効果を検証します。(22 ページ参照)



2. 特性要因図 (Fishbone analysis)

カイゼン過程の第3ステップ「要因分析」の際に有効な道具である。特性と要因の関係を系統的に線で結んで（魚の骨のように）表した図であり、問題の真因究明に使われる。(19 ページ参照)

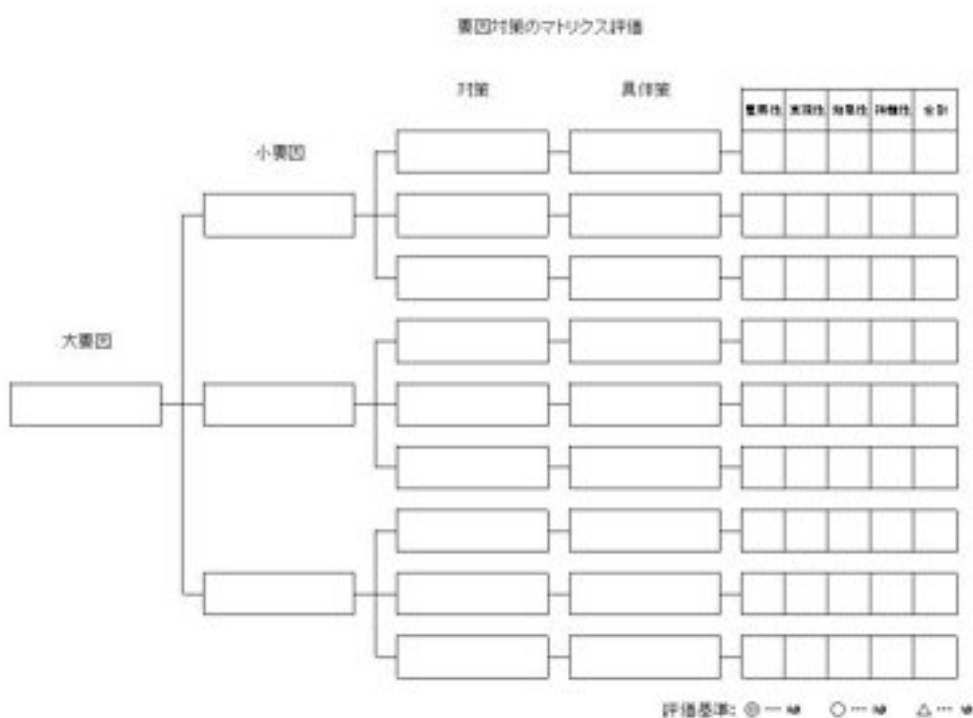


3. 系統図 (Tree Diagram)

カイゼン過程の第4ステップ「対策の立案」の際に有効な道具である。問題を解決するためのもっとも有効な解決策を決めるのに適しています。(20 ページ参照)
 ひとつの問題に対して解決策はいくつか考えられますので、その解決策を整理、検討していく道具である。

4. マトリックス図 (Matrix Diagram)

カイゼン過程の第4ステップ「対策の立案」の際に有効な道具である。多くの目的や現象と多くの手段や要因のそれぞれの対応関係を整理して 行列形式で並べ相互の関連の程度を整理する手法です。(20 ページ参照) 系統図で整理された解決策案を優先度付けしていくのに使われ、実施可能な対策の割り出しに有効である。



3.3. 不要品を使って整理整頓！

ここでは、予算がない場合に不要品を用いて整理整頓する方法や、実施中の病院で見られたアイデアを紹介します。みなさんのアイデア出しに役立ててください。

コピー用紙の箱を使った本立て

これはオフィスにある不要品を使って本立てを作る一例です。病院でも患者ファイルや職員ファイルが積まれている状況をよく見かけます。そんなときこの本立てを作って、使って整理整頓してみてもいいかもしれません。



この様なコピー用紙の箱、見たことありますか？



両端が割れているのでホッチキスを使って固定。



真ん中あたりに横線を入れます。反対の面も同様です。



今度は角から斜め線を横線の端まで切り入れます。



斜め線に沿って切って行きます。反対の面も同様です。



角のつながりを箱の底までです。反対の面も同様です。



最後につながった部分を切ります。



すると、こんなふうになります。底に引いて補強します。



底が薄いので、切り離れた部分



ミスコピーや月日の過ぎたカレンダーなど裏が白い紙を巻いて見た目も良くします。

不要品を使った本立ての完成です。

院内の不要品を使った整理整頓の例



これはキッチンからでるマーガリンの容器を、外来薬局にて薬の分別に使っている例です。患者への食事を提供しているこの病院では、多くのマーガリンの空き箱がでているのを活用したと言う訳です。



これもキッチンからでるマーガリンの容器や自宅で消費したアイスクリームの空き容器を活用した例です。どこに使っているかと言うと「ラベル」です。「ラベル」に細く切った空き容器が使われています。油性インクで文字が書け、ボンドや細い釘をつかって貼付けることができ、落ちにくい、金銭的にも安価である例です。



これも上記と同じ病院ですが、点滴のラインの空き箱を使って戸棚のなかの整理をしている例です。また、ほかにも右のように薬の空き箱を使っての治療トレーの引き出し内の整理をしている例です。



すこし変わった例ですが、病院の改築であたらしいものと取り替えるために外された水洗槽を使った花壇です。病院の景観を美しくするために花や木を植えている病院が多いと思います。改修時に不必要となった物を、このような使い方もできるという例です。

5S-カイゼン手法導入の事例 —先輩隊員の経験から—

ここでは、自分の配属先や関係施設で5S 活動を実践してきた隊員の3つの体験談を紹介します。ここに書いていただいた方々の経験をもとに、みなさんりのアプローチを考えてみてはいかがでしょうか。

タンザニア国 マサシ県病院での5S 体験談

青年海外協力隊平成18年度3次隊

HIV/AIDS 対策隊員 マサシ県庁地域開発課派遣 中島佳世子

私が隊員活動を行った任地は、タンザニアの首都から南東に600Kmの位置にある、マサシという町でした。面積は埼玉県ほどの大きさで、人口は約40万人の町です。私はこの町でエイズ対策隊員として県庁に配属となり、HIV/AIDSの予防活動を行っていました。

この町には150床ほどのマサシ県立病院があります。この病院には看護師隊員が配属しており、看護師隊員を中心に2008年から5S活動を始めていました。病院内にはVCTセンターがあり、私はエイズ対策活動の一つとして、VCTセンターでの5S活動を始めました。私にとっては5Sの指導を行うのは初めてのことで、JICA保健セクターの石島専門家や看護師隊員から資料などをいただき、私自身も勉強しながら活動をすすめていきました。

私の隊員活動も残り半年となった頃、マサシ病院で活動をしていた看護師隊員が帰国することとなり、District Nursing Officerより看護師隊員に代わって、私に院内の5S活動を引き続き行って欲しいと依頼がありました。マサシ病院では、看護師隊員を中心に5Sとは何かという知識の周知はされており、院内のあちこちに5Sポスターが貼ってありました。スタッフは日本人をみると「ファイブエス！」と言ってきますし、「Sort, Set, Shine, ..」と、私は知っているぞ！とばかりに、S1からS5まで自慢げに言ってくれました。5Sのインパクトは現地の人たちにとって、とても大きいものでした。しかし、院内を歩いてみるとキレイな病院にはほど遠く、点滴と掃除用具が一緒の棚に入っていたり、本棚には本や書類、そしてゴミまでもが縦、横、斜めと詰め込まれていたり、アレがないこれがないと騒ぎ、なぜかどこからとも無くでてきてしまい、結果オーライ！患者を待たせるのは当然。患者も数時間の待ち時間はあきらめモードで物言わずの世界。何をどうしたらいいのやら・・・悩みました。前述の看護師隊員の行ったスタッフ教育によって、多くのスタッフが5Sとは何かということはわかっていました。でも、実際に現場で何をしたらいいのかわからない状況にあるようでした。そこで、どこまでできるかわからないけど、とにかく具体的にやってみせよう。5Sツールとして使えるであろう、私のもっているアイデアは思いつくもの全て伝えていきました。

大事なのはS5まで言えることではなくて、誰かのお金で新しいものを買ってもらうことではなくて、今あるモノ・場所を自分たちが使いやすいように変えていくこと。これを繰り返し伝えました。反対勢力もあり、モデルケースとして行っていた部署が全く良いモデルにならないとか、こちらの言うことに聞く耳を持ってもらえず、明らかに反抗の態度を示すスタッフがいたりなど、全員一丸となつてとは簡単にはいきませんでした。しかし、病院幹部たちの理解とリーダーシップのおかげで、幹部たちが回診の時間に、直接スタッフへ5Sの指導を行っていたり、モデルケース以外の部署のスタッフが見様見まねで5S活動を自分たちで始めていたり、少しずつ広がりを感じることができました。5S導入時と自身の活動終了時の写真を比べると、程度の差こそありますが、ス

スタッフみんなの頑張りが結果となって現れていました。

活動終了後、改めて自身の活動を思い返すことがあります。この半年間の 5S 活動を通して感じるのは、「そもそもなぜタンザニアで 5S が必要なのか？」という根幹をもっとスタッフと共に考えたかったということです。日本の医療者である私には、5S がただのお掃除プロセスではないことは、よくわかります。しかし、患者を待たせることが当たり前のように行われている、モノを捜すために時間がかかったとしても、それがそれほど大きな問題とならないなど、現場において、医療の質の向上とか、サービスというものを彼らがどのように考えているのか、彼らが将来どのような医療を目指しているのかを話し合いたかったと今になって感じます。限られた隊員期間の中で活動を進めようと一生懸命になるあまり、彼らの根本的な考えかたや想いを理解せぬまま活動を進めていったことは、日本の病院でのやり方や私の考える方法を現地にそのまま当てはめただけだったかもしれないと振り返ります。日本のやり方が現地にとってベストとは限らない。私たちの知識や経験を参考に、自分たちのオリジナルを作る。そして、次々とオリジナルを増やしていけるよう協力する。これが、大事なのだなあと感じました。

現在、マサシ県立病院には、前述の看護師隊員の後任が派遣されており、5S 活動を継続しています。5S 活動の導入に関わって、5S のプロセスだけではなく、とても多くの大切なことを学ぶことができたと思います。5S を通して、現地の人々が自分たちで問題意識を持ち、現状をカイゼンしていく力をつけられるようになることを願っています。

ウガンダ国 カプチョルワ病院での 5S 体験談

青年海外協力隊平成 20 年度 1 次隊

薬剤師 木村 有希

私の配属先であるカプチョルワ病院は 1966 年建設という外見も内部の構造もとても古い病院で、県唯一の病院であるにもかかわらず、スタッフ充足率は 59%、ただ 1 人の Medical Officer が院長であるという、ある意味典型的なアフリカの病院です。薬剤師として赴任後 1 年半、自称「一人 5S」と呼ぶべく、活動のメインとなる薬局とメインストアの薬の整理整頓、ラベリングを行い、薬局業務と医薬品在庫管理業務のカイゼンを実施しました。病棟においてもストックカードによる医薬品在庫管理を導入したのですが、簡単であるはずのストックカード記載が一向に徹底されません。なぜなのかとスタッフをよく観察してみると、ただ一つの処置を行うために、必要なものを探しているんなところを行ったり来たり、いろんな人に聞いた結果誰も知らない、結局ものが見つからない、そしてストックカードを更新する暇がないという現状を目の当たりにしました。スタッフ不足の中「この状況ではいつまでたっても医薬品管理は向上しない」と悩んだ結果、残り任期半年の時点で病院全体に 5S 活動を導入することを病院に相談し、2010 年 1 月よりカプチョルワ病院で正式に 5S 活動をキックオフしました。

5S 活動を開始するに当たり院長、事務長、看護部長と話し合いを行い、当院では各部署の責任者を 5S 委員会メンバーとして選出しました。導入時の 5S 委員会の会議では、すでにウガンダでパイロット病院として 5S 活動を開始していたトロロ病院の写真と当院の現状の写真を比較して見せたり、JICA の TQM の DVD 中にあるタンザニアの 5S 活動の様子を見せたりし、同じアフリカの病院でも 5S 活動を通して劇的に変化していることが委員会メンバーの刺激になり、やる気を引き起こさせたようです。そうして当院では各部署の責任者がリードして 5S 活動が進み始めました。最初のステップである SORT の進み具合は悪かったのですが、一旦 SORT に目途がつき始めると、SET の進歩は速かったように思います。やる気のある責任者たちは、私が何も手を加えなくても、薬の空き箱を利用した薬品仕分け用ケースを作ったりラベリングも自発的に行ったりと、各自のアイデアでどんどん SET が進んでいきました。一方で、責任者のやる気があまり見られない部署については、SORT にも着手しておらず病院内での進捗具合に差が見られました。この問題も 5S 委員会で取り上げられ、それらの部署の責任者を呼んだ特別会議を開催し、病院全体で 5S 活動に取り組むという意識を再認識したところです。

失敗したことといえば、5S のためのモノを買うことが、SORT、SET、SHINE が浸透するより先行してしまったために、「5S=新たにモノを買うプロジェクト」と勘違いされてしまったことは残念でした。本来ならば、5S 委員会でゆっくり協議すべきだったかもしれませんが、JICA の 5S 実施支援経費の締め切りの関係もあったため 5S マネージャーと私の二人だけで物品調達を進めました。今後病院が独自の予算で 5S 活動を継続するために、物品調達計画策定の時点でもう少し、病院長、事務長、看護部長を巻き込んでおくべきだったとも反省しています。しかしながら、1966 年製の古い施設で、SET しようにも鍵のかかる収納場所も満足にない状況でしたので、カップボードなどの初期投資が SET を大きく進歩させたと感じています。

当初は「5S は私（日本人）が持ってきた JICA のプロジェクト」と思われていたようですが、活動が進むにつれ、各部署がお互い切磋琢磨しスタッフ独自のアイディアで整理整頓やラベリングを実践して SORT、SET が進んでいく様子を見てみると、5S 活動だけでなく隊員活動全般に言えることですが、「日本のやり方の押し付け」ではなく、「良いやり方に倣う」というスタンスで、スタッフの意見を尊重して進めていくことが大切だと改めて実感しました。当院はまだ 5S 活動を始めた

ばかりで Introductory Phase の段階にあり、現時点ではっきりと Working Environment Improvement につながっているかどうかの評価はできませんが、スタッフから「5Sのおかげでものを探さなくてもよくなった」「仕事の効率が良くなった」「5Sを紹介してくれてよかった」という声は挙がっています。5S 活動キックオフ時の会議であった事務長の言葉の通り、今後も当院で『Philosophy』として 5S 活動が継続し、将来的には医療サービスの向上を目指した KAIZEN のステップまで SUSTAIN されることを期待しています。

5S @ Kapchorwa Hsp -Ward-

Dec. 2009	Mar. 2010
5S	
<ul style="list-style-type: none"> ● Too much information ● Old information remained 	<ul style="list-style-type: none"> ● Eliminated old information and Categorized ● Easy to find out information ● Well-organised

5S @ Kapchorwa Hsp -Mat Ward-

Dec. 2009	Apr. 2010
5S	
<ul style="list-style-type: none"> ● Messed up ● No space for keeping items 	<ul style="list-style-type: none"> ● Sorted and Set new cupboard ● Easy to access to items ● Easy to stock control

5S @ Kapchorwa Hsp -Main Store-

Jun. 2009	Mar. 2010
5S	
<ul style="list-style-type: none"> ● Labeled but Not proper ● Not ordered ● Not categorized 	<ul style="list-style-type: none"> ● Labeled and Ordered to Alphabetically ● Well-organised ● Easy to control stock level

5S @ Kapchorwa Hsp -Ward-

Feb. 2010	Mar. 2010
5S	
<ul style="list-style-type: none"> ● No proper segregation of medical waste 	<ul style="list-style-type: none"> ● Set dust bins ● Colour co-ordination ● Proper segregation for infection control

ウガンダ国 トロロ病院での 5S 体験談
青年海外協力隊 21 年度 1 次隊
保健師 小林絵梨

県立トロロ病院はウガンダの 5S-KAIZEN-TQM（以下 5S）のパイロット病院として、2007 年から 5S を実施しています。院長を始め、上層部が数名日本の研修に参加し、また私の前任にあたる保健師隊員の JOCV が 5S 活動を補佐するという万全の体制でスタートをきっていました。ウガンダでは JOCV が看護職として働くには約 2 ヶ月間の現地研修が必須となっています。私は国立ムラゴ病院というウガンダで最も大きな病院で研修をうけました。ベッド数 1500 床という規模の病院で、増築を繰り返してきた構造はどこに何があるのか全く分からず、各ユニット間の連携も殆どなし。ウガンダで最先端の医療を提供している場所としては、あまりに汚く、混沌としていて、そして患者に対する医療スタッフの態度もひどいと感じました。

そんな病院で 2 ヶ月過ごしてきた私にとって、最初にトロロ病院に来た時の衝撃は忘れられません。ベッド数 214 床と規模はこじんまりとしていますが、とてもきれいに見えました。「私はここでやることはあるのだろうか？」と感じたのが最初の印象です。前任者が帰国して 9 ヶ月後のことでした。私は保健師配属だったので、要請には 5S 以外にも地域保健活動等の医療保健サービスの補佐も入っていました。なので、まずは MCH（Maternal & Child Health）部門に所属し、病院内外の仕事を一緒にさせてもらい、人間関係を築く、病院や地域の様子を知る、ことから始めました。そして、院長を始め病院のトップとは積極的にコミュニケーションをとることを心がけ、また病院内を歩き周り話をし、自分の存在をアピールし続けました。

そんな生活が 2 ヶ月続いたころ、転機がきました。石島専門家がタンザニアから視察・評価に来るという話が JICA 事務所から来たのです。その話をトップに話したところ、トップは急に焦りだしました。2 ヶ月も経つと、病院の中が少しずつ分かってきました。ラベルはあっても、もはやその通りには整理されていない棚。「5S でしょ。分かっているわよ。」と、何もしない職員。「5S って何？彼女は知っているけど、私は何のことかさっぱり。」と、5S ポスターの目の前で話す職員。前任者がいなくなっからの 9 ヶ月間、5S 研修に参加した職員の休職や異動も重なり、残念ながら 5S は名前だけが残り、活動は停滞していました。

焦りだしたトップと、まずは病院中の写真を撮ることから始めました。そして、それを使って 5S の再トレーニングを行いました。職員の入替わりが多いため、5S を知らない職員も多く、全員を対象に数回に分けて行いました。あれよ、あれよと事は進みました。「誰かが見に来る」というのは、彼らにとってのインパクト絶大です。QIT が編成され、マネージャーが選ばれました。前任者がいなくなっからの記録が残っていないため、それまでの活動は曖昧ですが、QIT や WIT 等の組織的な活動は全くなかったようです。私自身、5S に関しての知識はなく、最初はただの整理整頓活動だと思っていました。日本人であれば、小さいころ親に「片付けなさい！」と口をすっぱく言われた経験があると思います。だから、整理整頓は当たり前のものでして認識しています。でも、ここではごみは好きなところにポイ捨てるし、掃除はクリーナーがするもの。自分の職場を自分たちできれいにするという感覚は乏しいので、一部の職員には整理整頓は「余計な仕事」として認識されていました。5S に理解のあるトップと QIT のメンバーと一緒に何度も病棟をラウンドし、「片付けなさい」と言い続けるうちに、一部の職員から不満が出てきました。チームワークなんてなし。頑張っている人の負担だけますます増え、私は、この頃はこの活動が本当に意味のあるものなのか疑問に感じていました。

それが変わったのは石島専門家の視察です。5S-KAIZEN-TQM の講義をスタッフと一緒に受け、5S がただの整理整頓活動ではなく、TQM のためのツールだということを学びました。そして「5S」は職員自身の労働環境のカイゼンを目指すもの、そしてそれが達成できた後「KAIZEN」の段階にステップアップし、患者・住民に対するサービスの質向上に取り組むというコンセプトを理解しま

した。相手に満足してもらうには、まず自分が満足していないといけない。これは私たち自身のボランティア活動にも通じるものがあると思います。こうして、職員も改めて5Sの理解を深め、言動に変化がみられました。私自身も納得でき、自分の活動に自信をもち取り組めるようになりました。とはいうものの、理解しても皆が実践できるまでには大きな道のりがあるのも事実です。そこはアフリカタイムでゆっくりと、そしてKAIZENのコンセプトにもあるように、小さくても確実に一步一步積み重ねていけば、必ず大きな成果が現れると信じていくことにしました。配属先の病院がこれまで刻んできた歴史を思うと、私がいる2年なんてほんの少しです。できれば自分の任期中に大きな成果を残して帰国したいと思うけど、それよりも自分が去ってから後戻りしないような地固めをしたいと思い、今は活動しています。

私がいいと思っても、勝手にひとりでやると必ず失敗しました。例えば、簡単なモニタリングシートを導入しようと思って作っていったのですが、一蹴・・・。作る前から一緒に話し合わないという意味がありませんでした。それからは必ずスタッフと一緒にするようにし、そしてできるだけ同じ人にせず、沢山の人を巻き込むことを心がけています。5Sは職員全員の参加が前提です。面倒でも、予定通りいかになくても、相手がやる気がなければ私はやらないことにしました。彼ら自身が、自分たちの意思で動かない限り、活動の主体が私になってしまい継続しません。そのため、相手が受け入れるまで、自分で何度も説明したり、他のスタッフに説明してもらったり、無理矢理でも一緒にやってもらったり、時にはほっておいたり、いろいろなアプローチを考えました。

他にも失敗を繰り返してきました。例えば、病棟のAさんから頼まれてラベルを作ってもっていったら、AさんがおらずBさんに渡して帰りました。結局そのラベルはどこかにいってしまい・・・再度作り直し。病棟内でさえ、チームワークが弱く、情報が共有されていないのです。ウガンダでは、とにかく情報は個人が握りがちです。その背景には、羨望や嫉妬の感情をもつ人がいるというのがあり、噂を恐れています。「研修でこんなことを学んで来た」と伝えても、「その情報ありがとう。勉強になるわ。」ではなく、「私だってそこに行きたいのよ。あなたはいいわね。」となってしまうのです。なので、余計なことは言おうとしない人が多々みられます。

情報の共有は、私が今最も力を入れていることの1つです。必要とあれば、同じ話を何人もの人にしてきました。とにかく全員を巻き込みたいと思い、いろいろな場所に何度も足を運び、いろいろな人と無駄話をし、その中で大切な話も盛り込むようになってきました。8ヶ月を過ぎて漸く彼らが少しずつ本音を聞かせてくれるようになったと感じています。そして、病院の縦社会の中で、私は効果的に下の意見を上に運べる橋渡しでもあります。最近ではニュースレターを作り始めました。今は5Sに関することが中心ですが、職員からも寄稿してもらい、それを通していろいろな人が情報を発信し、共有できる場になればいいと思っています。また、先日5SマネージャーがTOTに参加しました。TOTから多くの知識とスキルを得て自信をつけ、また他の参加者から刺激をされ、見違えるように生き生きとしています。トレーニングや他の病院や保健省等の上部機関との繋がりは、彼らにとって仕事に対するモチベーションを高めるのに有効です。トロロ病院は、ここまで順調には進んできてはいませんが、彼らのペースでこれからも一歩ずつ進んでいきたいと思っています。

最初はウガンダ人に対し、いらいらしてばかりでした。時間は守らない、良い事ばかりいって約束は守らない・・・。彼らを信じられない時もありました。でも、彼らに対する自分の見方をちょっと変えたとき、新しい発見が次々と出てきました。彼らが私を受け入れてくれているのを感じ、私も彼らと一緒にいたいと感じることができるようになりました。今でもぶつかることはありますが、言いたいことはちゃんと伝えていくことも大切です！

5S-KAIZENは日本人が生み出したTQMのツールです。私たちの心の中に自然に培われている、ものを大切に作る心や直向きさは、日本人だから伝えることができていると感じています。'Don't limit yourself.'院長がある会議で職員に言った言葉です。5Sのコンセプトをよく理解してくれており、彼の言葉で、ウガンダでのやり方で度々職員に諭します。まだ課題も多く、残りの任期も山あり谷ありだと思いますが、彼らと試行錯誤しながら私自身もカイゼンし続けたいと思っています。

付属資料

付属資料 1 : 標準化 5S-カイゼン活動評価票

MONITORING AND EVALUATION SHEET FOR THE PROGRESS OF 5-S ACTIVITIES

Ver. 2013-February		DATE:		/ /			
HOSPITAL:		DEPARTMENT:					
DESCRIPTION		Very poorly	Poorly	Fairly	Well	Very well	AWARD MARKS
1	LEADERSHIP Role & Commitment of Management, Sustainability of 5-S activity, Training Programme for Middle Mgt., Setting up 5-S Committees, 5-S Campaigns.						
1.1	Commitment, knowledge, Awareness on 5S among Managers and health workers	1	2	3	4	5	
1.2	5S progress meeting, monitoring evaluation conducted by WIT and recorded in minutes	1	2	3	4	5	
1.3	Evidence of trainings conducted for Managers and health workers	1	2	3	4	5	
TOTAL		Full mark 15					0
		Acquired marks / 15 x 100 =					0

2	SEIRI – (SORTING) “Sasambua” Clutter free Environment in Premises, Inside Offices, Work Place, etc. Evidence of removal of unwanted items should be evident all around.						
2.1	Unwanted items removed from Premises, Offices, Work Places including drawers, cabinets and shelves	1	2	3	4	5	
2.2	Walls are free of old posters, calendars, pictures	1	2	3	4	5	
2.3	Notice Boards – Current Notices with removal instructions	1	2	3	4	5	
2.4	Color coding for waste disposal maintained and standards followed	1	2	3	4	5	
TOTAL		Full mark 20					0
		Acquired marks / 20 x 100 =					0

3	SEITON – (SETTING / ORGANISATION) “Seti” Ability to find whatever is required with the least possible delay, evidence of eliminating the waste of time throughout the Institute/Organization.						
3.1	Photographic evidence of Pre 5-S Implementation and afterwards	1	2	3	4	5	
3.2	Visual Control methods adopted to prevent mix-up of items (files, equipment, tools etc.)	1	2	3	4	5	

3.3	Directional Boards from hospital entrance to all facilities under your section/departments(office,wards,Laboratory etc.) and corridors are clearly marked	1	2	3	4	5	
3.4	All machines/Rooms/Toilets/Switches/fans regulators etc. have identification labels	1	2	3	4	5	
3.5	All items are arranged according to 'Can See', 'Can Take Out' & 'Can Return' principle	1	2	3	4	5	
3.6	X-axis, Y-axis alignment is evident everywhere	1	2	3	4	5	
TOTAL		Full mark 30					0
						Acquired marks / 30 x 100 =	0

4	SEISO – (SHINING / CLEANLINESS) “Safisha”						
	The Cleanliness all round the Institution should have been carried out according to the 5-S Concepts.						
4.1	Floors, Walls, Windows, Toilets, Change Rooms in working order & clean	1	2	3	4	5	
4.2	Cleaning responsibility Maps and Schedules displayed	1	2	3	4	5	
4.3	Waste bin strategy is implemented	1	2	3	4	5	
4.4	Use of adequate cleaning tools is evident	1	2	3	4	5	
4.5	Storage of cleaning tools – Brooms/Maps/Other equipment	1	2	3	4	5	
4.6	Machines/Equipment/Tools/Furniture at a high level of Cleanliness & maintenance schedules displayed	1	2	3	4	5	
TOTAL		Full mark 30					0
						Acquired marks / 30 x 100 =	0

5	SEIKETSU – (STANDARDIZATION) “ Sanifisha”						
	High level of Standardization in all activities carried out in SEIRI, SEITON and SEISO and the evidence of such standards being practiced all around.						
5.1	Adopt 5-S procedures & standardized on Check list, Labels Corridors/Isles & Gangways	1	2	3	4	5	
5.2	Standardization of Maintenance/Storage of Files/Records / Orderliness in Keeping Furniture/Equipment in Offices/Workplaces, etc.	1	2	3	4	5	
5.3	Standardized check lists for common Administrative Procedures in hospital and department	1	2	3	4	5	
TOTAL		Full mark 15					0
						Acquired marks / 15 x 100 =	0

6	SHITSUKE – (SUSTAIN / SELF DISCIPLINE) “Shikilia”						
	Evidence of an disciplined approach to all 5-S activities through proper Training & Development, which shows the sustainability in the long term.						
6.1	Evidence of regular training program for all categories of Employees in the section	1	2	3	4	5	
6.2	Evidence of WIT Activities & promotion of Kaizen Schemes	1	2	3	4	5	
6.3	Evidence in carrying out Internal Audits by WIT	1	2	3	4	5	
6.4	Evidence of Self Discipline among visitors to the Institution	1	2	3	4	5	

6.5	Evidence of Self-Discipline in the overall Institution	1	2	3	4	5	
TOTAL		Full mark 25					0
						Acquired marks / 25 x 100 =	0
GRAND TOTAL for 5S activities		Full mark 135					0

7	Productivity/Services Measures how efficiently inputs to Output are used to produce goods & services with better management techniques and work methods.						
7.1	Evidence of methods & systems adopted to improve productivity/employee	1	2	3	4	5	
7.2	Efficiency and effectiveness, use of innovative method to increase and sustain productivity	1	2	3	4	5	
7.3	Evidence in the use of 5S Process to increase Productivity	1	2	3	4	5	
TOTAL		Full mark 15					0
						Acquired marks / 15 x 100 =	0

8	Quality Goal is to create satisfied customers by doing 100% right work, responding speedily to requirements every time thus gaining trust & confidence.						
8.1	Communication plans are evident for Implementation of Quality Improvement	1	2	3	4	5	
8.2	Evidence of fewer rejects, less wastage, less rework through 5S Process	1	2	3	4	5	
8.3	The Quality in the Process of the Manufacture/Service by 5S implementation	1	2	3	4	5	
TOTAL		Full mark 15					0
						Acquired marks / 15 x 100 =	0

9	Cost The intrinsic cost of providing products/services to declared standards by a given specified process right first time and every time						
9.1	Evidence in reduction in cost of materials, Labor, Energy, Overheads lowering of defects etc. by introducing 5S concept	1	2	3	4	5	
9.2	Tangible cost advantages through 5S methods in waste control	1	2	3	4	5	
9.3	Evidence of lowering Inventory Cost by the use of 5S Methods	1	2	3	4	5	
TOTAL		Full mark 15					0
						Acquired marks / 15 x 100 =	0

10	Safety The overall safety to Employees, Visitors and Property is evidently displayed by the use of 5S Process						
10.1	Evidence of the effect of safety measured by less accidents occurred	1	2	3	4	5	

	in the year						
10.2	Methods applied in Machinery & Equipment on safety measures	1	2	3	4	5	
10.3	Methods applied to protect the Employees/Visitors on accident	1	2	3	4	5	
10.4	Evidence of Safety Measures applied in providing an excellent health service	1	2	3	4	5	
10.5	Evidence knowledge and skills of employee on safety	1	2	3	4	5	
TOTAL		Full mark 25					0
Acquired marks / 25 x 100 =							0

11	Delivery Evidence in the reduction of the delivery time of the Product/Service by the implementation of 5S Process						
11.1	Evidence of timely delivery of Products/Services	1	2	3	4	5	
11.2	Overall effect to health facility by reducing delivery time	1	2	3	4	5	
11.3	Evidence of employee participation to reduce the delivery time	1	2	3	4	5	
11.4	Evidence of Just In Time in the hospital	1	2	3	4	5	
TOTAL		Full mark 20					0
Acquired marks / 20 x 100 =							0

12	Morale Evidence in the overall Institution/Organization in improving the Morale by the implementation of 5S Process						
12.1	Level of morale displayed by Managers & Workers	1	2	3	4	5	
12.2	Evidence of projects carried out by the employees to display high level of Morale	1	2	3	4	5	
12.3	Evidence of 5S - KAIZEN mindset or TQM culture	1	2	3	4	5	
TOTAL		Full mark 15					0
Acquired marks / 15 x 100 =							0

13	5S Organization, Work Improvement Team (WIT) Role &Activities of WIT,						
13.1	Member of WIT are actively working	1	2	3	4	5	
13.2	WIT's activities are carried out according schedule	1	2	3	4	5	
13.3	Evidence of regular WIT and QIT meeting	1	2	3	4	5	
TOTAL		Full mark 15					0
Acquired marks / 15 x 100 =							0

14	Empowerment of hospital staff through 5S, KAIZEN, TQM Opportunity and environment for empowerment for hospital staff by themselves						
-----------	--	--	--	--	--	--	--

14.1	Evidence of learning opportunity for 5S, KAIZEN, TQM	1	2	3	4	5	
14.2	Seminar and Training on 5S-KAIZEN-TQM are conducted for WIT members	1	2	3	4	5	
TOTAL		Full mark 10					0
		Acquired marks / 10 x 100 =					0

GRAND TOTAL for KAIZEN activities		Full mark 130					0
--	--	----------------------	--	--	--	--	----------

付属資料 2 : 評価のポイント(英語)

**MONITORING AND EVALUATION SHEET FOR THE PROGRESS OF 5-S ACTIVITIES
POINTS TO BE OBSERVED
(Version Feb. 2012)**

	DESCRIPTION	Points to be observed
1	5S LEADERSHIP OF HOSPITAL / DEPARTMENT MANAGEMENT	
	Role & Commitment of Management, Sustainability of 5-S activity, Training Program for Middle Mgt., Setting up 5-S Committees, 5-S Campaigns.	
1.1	Commitment, knowledge, Awareness on 5S among Managers and health workers	Observe 5S implementation and attitude of staff, and make some questions to section in-charge and staff for checking their knowledge and commitment on 5S
1.2	5S progress meeting, monitoring and evaluation conducted by WIT and recorded in minutes	Ask section in-charge and staff to show us minutes of meeting and other record on 5S activities. Check the contents of records and judge whether records are kept well and accessible or not.
1.3	Evidence of trainings conducted for Managers and health workers	Ask section in-charge and staff to show us training report/manual/material for internal training.
2	SEIRI – (SORTING) “Sasambua”	
	Clutter free Environment in Premises, Inside Offices, Work Place, etc. Removal of unwanted items should be evident all around.	
2.1	Unwanted items removed from Premises, Offices, Work Places including drawers, cabinets and shelves	Observe mentioned places and check whether unnecessary items are removed or not.
2.2	Walls are free of old posters, calendars, pictures	Observe walls, doors and notice boards whether old posters, calendars, picture are removed from them.
2.3	Notice Boards – Current Notices with removal instructions	Observe and check the information displayed on the notice board. It is also important to check if period of display and its instruction are given or not.
2.4	Color coding for waste disposal maintained and standards followed	Observe if Color-coding for waste disposal are applied and check if the instruction of colors and usage for each color are given and shared by all the staff.
3	SEITON – (SETTING / ORGANISATION) “Seti”	
	Ability to find whatever is required with the least possible delay, evidence of eliminating the waste of time throughout the Institute/Organization.	
3.1	Photographic evidence of Pre 5-S Implementation and afterwards	Observe and check whether the section displays or keeps pictures of before 5S or not. If you ask and answer is “Pictures are kept by QIT”, do not mark more than 3 (Fairly implemented)
3.2	Visual Control methods adopted to prevent mix-up of items (files, equipment, tools etc.)	Observe and check whether the section is using “visual control method” or not. Note that labeling and symbol are not a “visual control method” unless they are designed to manage or control certain operations/processed items
3.3	Directional Boards from hospital entrance to all facilities (office, wards, Laboratory etc.) and corridors are clearly marked	Observe and check whether directional boards to the section are displayed or not at corridors and entrance
3.4	All machines/Rooms/Toilets/Switches/fans regulators etc. have identification labels	Observe and check whether all machines/Rooms/Toilets/Switches/fans regulators etc. are labeled or not
3.5	All items are arranged according to ‘Can See’, ‘Can Take Out’ & ‘Can Return’ principle	Observe and check whether items, equipment etc. are arranged properly to minimize time for searching items with proper workflow

3.6	X-axis, Y-axis alignment is evident everywhere	Observe and check the arrangement of tools and equipment on working bench, furniture and papers & posters on notice boards are aligned on X-Y axis.
4 SEISO – (SHINING / CLEANLINESS) “Safisha”		
4	The Cleanliness all round the Institution should have been carried out according to the 5-S Concepts.	
4.1	Floors, Walls, Windows, Toilets, Change Rooms in working order & clean	Observe general cleanness of the section e.g. floors, walls, windows, toilets, change rooms and check whether they are functioning or not
4.2	Cleaning responsibility Maps and Schedules displayed	Check whether the section has clear cleaning schedule and map or list of areas to be cleaned.
4.3	Waste bin strategy is implemented	Observe and check whether the section is utilizing proper waste bins and wastes are segregated or not. Even if waste bins are color coded, <u>if segregation is not done or they use bin liner in different/inconsistent colors, do not mark more than 3 (Fairly implemented)</u>
4.4	Use of adequate cleaning tools is evident	Observe and check whether the section has mops, brooms and other common cleaning tools. If cleaning is outsourced, ask the company to show their cleaning tools. It is recommend for each section to keep mops and brooms for sudden incidents
4.5	Storage of cleaning tools – Brooms/Maps/Other equipment	Observe and check whether the section is storing cleaning tools in proper manner e.g. hung in designated spot with labels
4.6	Machines/Equipment/Tools/Furniture at a high level of Cleanliness & maintenance schedules displayed	Observe and check whether the section maintains cleanness of machines, equipment and tools, and make them ready for use.
5 SEIKETSU – (STANDARDIZATION) “ Sanifisha”		
5	High level of Standardization in all activities carried out in SEIRI, SEITON and SEISO and the evidence of such standards being practiced all around.	
5.1	Adopt 5-S procedures & standardized on Check list, Labels Corridors/Isles & Gangways	Observe and check 1) whether QIT or the section has standardized 5S tools e.g. size of labeling and signboards, and 2) whether the section has developed checklists to maintain the condition established for S1-S3. If they have standardized/developed, you need to check how those tools/checklists are used as well.
5.2	Standardization of Maintenance/Storage of Files/Records / Orderliness in Keeping Furniture/Equipment in Offices/Workplaces, etc.	Observe and check whether the section has developed SOP (Standard Operating Procedures) for maintenance of machines, storage of files or records, handling and arrangement of equipment, furniture and so on or not. If you do not see SOP close to the machines or equipment, <u>do not mark more than 3 (Fairly implemented)</u>
5.3	Standardized check lists for common Administrative Procedures in hospital and department	Observe and check whether the section developed check lists for file keeping, reporting, shift change, information sharing and other administrative procedures or not. If the checklists have been developed, you also need to check how they are used.
6 SHITSUKE – (SUSTAIN / SELF DISCIPLINE) “Shikilia”		
6	Evidence of a disciplined approach to all 5-S activities through proper Training & Development, which shows the sustainability in the long term.	
6.1	Evidence of regular training program for all categories of Employees in the section	Check whether the section has orientation or training program for newly assigned staff to the section or not and ask staff to show the records.
6.2	Evidence WIT Activities & promotion of Kaizen Schemes	Check whether the section started to introduce small Kaizen such as Kaizen suggestions (brainstorming for improvement of work) or not. Check minutes of WIT meeting, Kaizen suggestion sheet etc.

6.3	Evidence in carrying out Internal Audits by WIT	Check whether the section has records of M&E activities (self evaluation and checklist for daily 5S implementation) with pictures or not
6.4	Evidence of Self Discipline among visitors to the Institution	Check whether the section has evidences (message, posters, slogans) for increasing awareness of patients/care-takers/visitors on 5S activities such as cleaning rooms and toilets, waste segregation, hand washing etc. or not. It is also necessary to observe behavior of patients/care-takers/visitors if they are following the mentioned instructions or not.
6.5	Evidence of Self-Discipline in the department/section	Check whether the section has records or evidences (message, posters, slogans) for increasing awareness of staff on 5S activities among staff working in the section. It is also necessary to observe how staff is performing.
7	Productivity/Services	
	Measures how efficiently inputs to output are used to produce goods & services with better management techniques and work methods.	
7.1	Evidence of methods & systems adopted to improve productivity/employee	Observe and check whether the section has records or evidences of implementing or introducing some method or systems such as "KANBAN", "Time management", "Process checklist" etc. and education/training on productivity improvement for staff
7.2	Efficiency and effectiveness, use of innovative method to increase and sustain productivity	Observe and check whether the section is applying innovative methods for increasing/sustaining productivity (such as "visual control for stock management", "placement of equipment and tools based on staff movement", etc.) or not
7.3	Evidence in the use of 5S Process to increase Productivity	Observe and check whether the section is practicing S1, S2 and S3 for sustaining clean and conducive working environment for productivity
8	Quality	
	Goal is to create satisfied customers by doing 100% right work, responding speedily to requirements every time thus gaining trust & confidence.	
8.1	Communication plans are evident for Implementation of Quality Improvement	Observe and check whether the section is identified how to inform progress of planed activities, resource usage, process of quality improvement etc. to stakeholders by using "standard ranges", "News letters" and so on.
8.2	Evidence of fewer rejects, less wastage, less rework through 5S Process	Observe and check whether the section is taking measures or applied system to reduce wastes or rework by using 5S such as " setting by recycling of plastic container", " setting by visual control for easy inventory", "Standardized checklist for administrative work" etc. or not
8.3	The Quality in the Process of the service by 5S implementation	Observe and check whether the section is considering quality of services such as "waiting time reduction", "clean ward facility", "appropriate consolation time" etc. by 5S activities or not.
9	Cost	
	The intrinsic cost of providing products/services to declared standards by a given specified process right first time and every time	
9.1	Evidence in reduction in cost of materials, Labor, Energy, Overheads lowering of defects etc. by introducing 5S concept	Check whether the section is "cost conscious" (thinking or waste of time, energy, money with unnecessary movement, order etc.) or not.

9.2	Tangible cost advantages through 5S methods in waste control	Check inventory book, supply order records etc., and observe whether the section is getting advantage on cost reductions through 5S approach (especially S1, S2, and S4) or not
9.3	Evidence of lowering Inventory Cost by the use of 5S Methods	Observe and check whether the section's store is well organized and arranged with proper labeling and has inventory list. It is also need to be checked whether the section is conducting inventory of stock regularly or not. If there is not record of inventory, <u>do not mark more than 3 (Fairly implemented)</u>
10 Safety		
The overall safety to Employees, Visitors and Property is evidently displayed by the use of 5S Process		
10.1	Evidence of the effect of safety measured by less accidents occurred in the year	Ask the staff to show you incident reports. If the incident reports is not existing, mark low
10.2	Methods applied in Machinery & Equipment on safety measures	Observe and check whether the section developed SOP for machines and equipment, applied danger marks and symbols around machines and equipment, or not
10.3	Methods applied to protect the Employees/Visitors on accident	Observe and check whether the section has standing protection gears such as gloves, aprons, goggles etc., and applied warning signs and symbols, or not
10.4	Evidence of Safety Measures applied in providing an excellent health service	Observe and check whether the section introduced safety measures for provision of health care, such as prevention of needle poking, earth wire with ECG machine, proper antiseptic procedure, double checking for medication etc., or not.
10.5	Evidence knowledge and skills of employee on safety	Check whether the staffs working in the section have knowledge and skills on safety measures for workers, visitors and patients, such as KYT (Danger Prediction Training) or not. If the staff cannot answer safety measures, even if fire extinguisher, first aid kit etc. are observed, <u>do not mark more than 3 (Fairly implemented)</u>
11 Delivery		
Evidence in the reduction of the delivery time of the Product/Service by the implementation of 5S Process		
11.1	Evidence of timely delivery of Products/Services	Observe and check whether the staffs working in the section are attending patients when they are demanded by patients or not
11.2	Overall effect to health facility by reducing delivery time	Observe and check whether the system or mechanism established by the section for reducing delivery time is applied in other sections and departments or not. If the method is not well recognized by others and QIT, <u>do not mark more than 3 (Fairly implemented)</u>
11.3	Evidence of employee participation to reduce the delivery time	Observe and check whether the section established system or mechanism to reduce the delivery time such as reduction of paper work, modification of process, proper setting and arrangement of necessary tools and equipment etc.
11.4	Evidence of Just In Time (JIT) in the hospital	Observe and check whether the section understood the meaning of JIT and applied in their services such as medication delivery from pharmacy to ward, tool kit delivery from CSSD to OT, other supply from central store to department etc.
12 Morale		
Evidence in the overall Institution/Organization in improving the Morale by the implementation of 5S Process		
12.1	Level of morale displayed by managers & workers	Observe and check whether section in-charge and WIT members obtained medical ethics through asking questions on customer and quality of care. If the staff

		cannot answer correctly, <u>do not mark more than 3 (Fairly implemented)</u>
12.2	Evidence of projects carried out by the employees to display high level of Morale	Observe and check whether WIT members introduced or established some mechanism (such as “learning customer care”, “display monthly slogan for customer care”) for improvement morale among staff, or not.
12.3	Evidence of 5S - KAIZEN mindset or TQM culture	Observe and ask staffs on actual purposes of 5S – KAIZEN approaches. If the staff cannot answer correctly, <u>do not mark more than 3 (Fairly implemented)</u>
13	5S Organization, Work Improvement Team (WIT) Role &Activities of WIT	
13.1	Member of WIT are actively working	Observe and check whether WIT members are working actively on 5S and kaizen with proper skills and knowledge. Ask WIT members on 5S and roles and responsibility of WIT and if they cannot answer, <u>do not mark more than 3 (Fairly implemented) even the staff seems committed.</u>
13.2	WIT's activities are carried out according schedule	Check WIT action plan or meeting schedules, and minutes of meeting whether the planed schedule and actual activities are matching. If WIT does not have written schedule for meeting, monitoring and other general WIT activities, <u>do not mark more than 3 (Fairly implemented)</u>
13.3	Evidence of regular WIT and QIT meeting	Check Minutes of meeting of WIT-QIT meeting and its period. <u>If the meeting is not held more than 3 month, do not mark more than 3 (Fairly implemented)</u>
14	Empowerment of hospital staff through 5S, KAIZEN, TQM Opportunity and environment for empowerment for hospital staff by themselves	
14.1	Evidence of learning opportunity for 5S, KAIZEN, TQM	Check whether staff working in the section are getting learning opportunities such as seminar, workshop and refresher training on 5S-KAIZEN-TQM, or not
14.2	Seminar and Training on 5S-KAIZEN-TQM are conducted for WIT members	Observe and check whether staff working in the section are conducted internal seminar, workshop and refresher training on 5S-KAIZEN-TQM, or not in the past 6 months

付属資料3：レーダーチャートの作成手順

手順1

付属資料1の5S-カイゼン評価表を使って各部署の5S-カイゼン活動の評価を実施したら、評価表から各セクションの“Acquired marks / ○○x100”の結果のみを下の様な表に落とします。表はマイクロソフトエクセルで作成します。表内の数値の単位はパーセンテージです。

5S 活動評価結果

	Leadership	Sort	Set	Shine	Standardize	Sustain
Administration	100	91	84	95	78	77
部署名						

カイゼン活動評価結果

	Productivity	Quality	Cost	Safety	Delivery	Moral	WIT	HR empowerment
部署名	56	60	48	60	64	72	80	67
部署名								

手順2

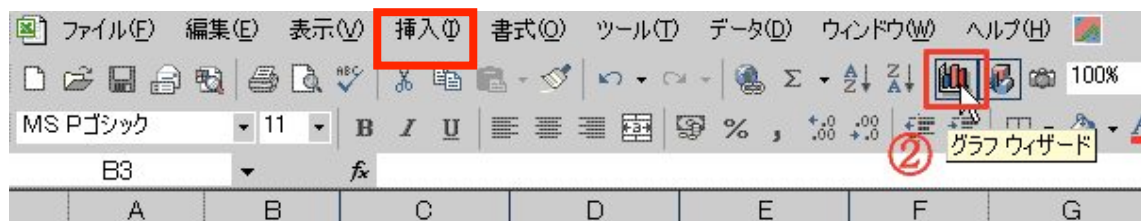
上記の様な表をマイクロソフトエクセルで作成したら、グラフに表示する行および列を選択します。

	Leadership	Sort	Set	Shine	Standardize	Sustain
Administration	100	91	84	95	78	77
部署名						

	Productivity	Quality	Cost	Safety	Delivery	Moral	WIT	HR empowerment
Administration	56	60	48	60	64	72	80	67

手順3

ツールバーから[挿入]をクリックし、次に [グラフ] タブをクリックする、もしくはグラフウィザード]をクリックし、グラフの種類 から[レーダー] をクリックすると下の様なグラフが作成されます。





5 S 活動評価結果グラフの例



カイゼン活動評価結果グラフの例

Leadership から HR empowerment までの 14 セクションの結果をひとつのグラフにすると見にくくなります。また、次回の評価結果を同一のグラフで表示し、進捗を比べたりするので、5 S 活動評価結果とカイゼン活動評価結果を分けてグラフ化することをお勧めします。

付属資料 4：カイゼン活動進捗チェックリスト例

KAIZEN Process Checklist

Hospital	
Department/Section/Unit/Ward	
Date of Monitoring	

When KAIZEN started?	
QIT facilitator to support KAIZEN team	
Last date of meeting with QIT for consultation	

1. Theme of KAIZEN

KAIZEN Theme:
2: Matrix used and possible to implement within department, 1: Matrix used but difficult to implement within department
0: Matrix not used and difficult to implement within department

2. Situation analysis

Current data table		Pareto chart	
<input type="checkbox"/> 2: Made correctly	<input type="checkbox"/> Right information collected	<input type="checkbox"/> 2: Made correctly	<input type="checkbox"/> Scale of Pareto chart is correct
<input type="checkbox"/> 1: Made but wrongly	<input type="checkbox"/> Wrong information collected	<input type="checkbox"/> 1: Made but wrongly	<input type="checkbox"/> Scale of Pareto chart is not correct
<input type="checkbox"/> 0: Not made		<input type="checkbox"/> 0: Not made	

3. Root cause analysis

Fishbone diagram	
<input type="checkbox"/> 2: Developed correctly and root causes are identified	<input type="checkbox"/> Sentences are completed
<input type="checkbox"/> 1: Developed wrongly and root causes are not well identified	<input type="checkbox"/> Sentences are uncompleted
<input type="checkbox"/> 0: Not done	<input type="checkbox"/> WHY-BECAUSE asked enough
	<input type="checkbox"/> WHY-BECAUSE asked not enough

4. Countermeasure identification

Tree diagram	Matrix diagram	Feasibility check
<input type="checkbox"/> 2: Made correctly	<input type="checkbox"/> 2: Made correctly	<input type="checkbox"/> 2: Done correctly
<input type="checkbox"/> 1: Made but wrongly	<input type="checkbox"/> 1: Made but wrongly	<input type="checkbox"/> 1: Done but wrongly
<input type="checkbox"/> 0: Not made	<input type="checkbox"/> 0: Not made	<input type="checkbox"/> 0: Not done

5. Implementation of counter measure

Implementation		Monitoring of implementation
<input type="checkbox"/> 2: All identified measures implemented	<input type="checkbox"/> 5W1H action plan developed	<input type="checkbox"/> 2: Checklist developed and used
<input type="checkbox"/> 1: Identified measures partially implemented	<input type="checkbox"/> 5W1H action plan not developed	<input type="checkbox"/> 1: Checklist developed but not used
<input type="checkbox"/> 0: Not implemented		<input type="checkbox"/> 0: Monitoring not done

6. Effectiveness check

Comparison data table	Comparison Pareto chart	Target achievement
<input type="checkbox"/> 2: Made correctly	<input type="checkbox"/> 2: Made correctly	Set target: %
<input type="checkbox"/> 1: Made but wrongly	<input type="checkbox"/> 1: Made but wrongly	Achieved: %
<input type="checkbox"/> 0: Not made	<input type="checkbox"/> 0: Not made	<input type="checkbox"/> Not achieved
	<input type="checkbox"/> Scale match before and after	
	<input type="checkbox"/> Scale not match	

7. Standardization of effective measures

Standardization procedure		Monitoring of implementation
<input type="checkbox"/> 2: All effective measures implemented	<input type="checkbox"/> 5W1H action plan developed	<input type="checkbox"/> 2: Checklist developed and used
<input type="checkbox"/> 1: Effective measures partially implemented	<input type="checkbox"/> 5W1H action plan not developed	<input type="checkbox"/> 1: Checklist developed but not used
<input type="checkbox"/> 0: Not implemented		<input type="checkbox"/> 0: Monitoring not done

8. Suggestion

--

付属資料5：指導者研修スケジュール例

Activity #	Time	Subject	Contents	Responsible persons/ Lecturer	Method
DAY-1: May 10 (MON)					
1	08:00 – 08:30	参加者登録		Secretariat	
2	08:30 – 08:45	開会			
3	08:45 – 09:00	研修目的の説明	To explain logistic issues and objectives of the training		L
4	09:00– 09:30		To measure knowledge on QIP		P
5	09:30 - 10:00	質向上プログラムの現状	To explain what is the current situation of QIP in Tanzania		L
6	10:00 – 10:30	Tea break		All	
7	10:30 - 11:30	Tanzania Quality Improvement Framework	To explain about TQIF and National QIP strategy		L
8	11:30 – 12:30	Definitions and Dimension of Quality	To explain definitions that are used in QIP and dimension quality		L
9	12:30 – 13:30	Quality and Safety	To explain necessity of quality and safety in health care facility		L
10	13:30 – 14:45	Lunch		All	
11	14:45 – 16:15	Strategic management	To explain how to how to manage work strategically		L
12	16:15 – 17:00	Hospital system	To explain how hospital is functioning		L
13	17:00 – 17:30	Q&A session and evening tea			
DAY 2: May 11 (TUE)					
14	08:00 – 08:30	Registration		Secretariat	
15	08:30 – 09:30	Responsiveness	To explain non-health expectation of clients and how to meet with those needs and expectations		L
16	09:30– 10:30	What is KAIZEN(CQI)	To explain KAIZEN concept		L
17	10:30 – 10:45	Tea break		All	
18	10:45 – 12:15	What is 5S principle and Video on 5S	To explain 5S principle in details		L
19	12:15 – 13:00	Positive attitude	To explain how to built positive attitude and benefits		L
20	13:00 – 14:00	Lunch		All	
21	14:00 – 15:00	Experience from KCMC and TATCOT	To share experience of 5S implementation from KCMC and TATCOT orthopedic training institution for implementing 5S activities		GW/P
22	15:00 – 17:00	Observation of 5S activities (1)	To show the actual implementation of 5S activities at KCMC (Surgical ward, Medical Ward, and TATCOT)		P
DAY 3: May 12 (WED)					
23	08:00 – 08:30	Registration		Secretariat	
24	08:30 – 09:30	How to conduct situation analysis	To learn how to conduct situation analysis		L



25	09:30– 10:30	Integration of 5S and existing QIP	To explain how to integrate 5S-CQI-TQM approach and other QI approach existing in TZ		L
26	10:30 – 11:00	Tea break		All	
27	11:00 – 13:00	Actual Implementation of 5S and Working Improvement Team	Class room lecture and practice to lean how to implement Sort, Set and Shine activities with examples		L/GW/P
28	13:00 – 14:00	Lunch		All	
29	14:00 – 15:30	Observation of 5S activities (2)	To show and explain how is the actual implementation of 5S activities		GW/P
30	15:30 – 17:00	Monitoring and Evaluation of 5S-KAIZEN activities	To understand the basic skills and knowledge of 5-S activities M&E		L
DAY 4: May 13 (THE)					
31	08:00 – 08:30	Registration		Secretariat	
32	08:30 – 10:00	How to implement KAIZEN activity	To explain how to implement KAIZEN activities / introduction of QC tools and PDCA cycle		L
33	10:00 – 10:30	Tea break		All	
34	10:30 – 12:30	WIT activity practice	To practice WIT activities with MRH - WIT in the ward.Divided into 5 groups and learn how to conduct WIT meeting and lean how to carry out WIT activities		GW/P
35	12:30 – 13:00	How to develop Action Plan	To explain how to fill the action plan format		L
36	13:00 – 14:00	Lunch		All	
37	14:00 – 16:00	Action Plan Development by hospital (1)	To support participant hospital to develop action plan	All facilitators	GW/P
38	16:45 – 17:00	Evening tea and Q&A			
DAY 5: May 14 (FRI)					
39	08:00 – 08:30	Registration		Secretariat	
40	08:30 – 10:00	Action Plan Development by hospital (2)	To support participant hospital to develop action plan	All facilitators	GW/P
41	10:00– 10:30	Tea break		All	
42	10:30 – 12:30	Action Plan Development by hospital (3)	To support participant hospital to develop action plan	All facilitators	GW/P
43	12:30 – 13:30	Lunch		All	
44	13:30 – 16:00	Action Plan Development by hospital (4)	To support participant hospital to develop action plan	All facilitators	GW/P
45	16:00 – 16:30	Evening tea and Q&A		All	GW/P
DAY 6: May 15 (SAT)					
44	08:00 – 08:30	Registration		Secretariat	
45	08:30 – 12:00	Presentation of action plan		Participant hospitals	GW/P
46	12:00 – 12:30	Post training assessment	To measure effectiveness of the training		
47	12:30 – 12:45	Way forward	To explain what is the next steps		L
48	12:45– 14:00	Closing ceremony/Certificate handing over and Lunch			

付属資料6 : Good Practice Sheet の共有 (1)

Tanzania

Annex-2

Tanzania



Good Practice Registration Sheet					
Date	10/1/2011	Name Of WIT	Administration	Team Leader	R. Dibogo
Content of Activity	5S-CQI-TQM			Team Member	Lucy Mwaifwani Ezelina Kajela Magreth Mfumbwa
Target Process	Learning and implementing S1, S2 and S3				
Target Product	Improve work condition				
Picture of previous condition			Picture of current condition improved by 5S		
					
Description of previous condition			Description of current condition improved by 5S		
<ul style="list-style-type: none"> - Poor filing / environment arrangement - Limited space for filling - Poor standard for filing arrangement 			<ul style="list-style-type: none"> - good environment and good filing - available space for filing and ventilation - good standard on file's arrangement 		
Impact of 5S			Learning by implementing this idea		
<ul style="list-style-type: none"> - easy for file movement 			<ul style="list-style-type: none"> - easy to follow because it is observable 		

付属資料6 : Good Practice Sheet の共有 (2)

Tanzania

Annex-2

Tanzania

Good Practice Registration Sheet					
Date	10/01/2011	Name Of WIT	OPD/CAS.	Team Leader	DR.Mwasunga, G
Content of Activity	5S-CQI-TQM			Team Member	Dr. B. Chiwaya
Target Process	S1-S3 Activities				Sr.J. Kipenye
Target Product	Improved working environment				Sr.A. Kaaya
					C. Ndamkuu
					F. Myuki
Picture of previous condition			Picture of current condition improved by 5S		
					
Description of previous condition			Description of current condition improved by 5S		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disorganized working environment ▪ Congested working areas 			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Well organized working environment ▪ Adequate space 		
Impact of 5S			Learning by implementing this idea		

